V. 03 - N. 02 - JULHO A DEZEMBRO - 2014 - ISSN 2238-7137

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

MULTIVIX

MULTIPLICANDO CONHECIMENTO

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

MULTIVIX
NOVA VENÉCIA

ISSN 2238-7137

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia
V. 03 Nº 02 Julho/Dezembro – 2014 - Semestral

Diretor Executivo
Tadeu Antônio de Oliveira Penina

Diretora Acadêmica
Eliene Maria Gava Ferrão

Diretora Geral
Sandrélia Cerutti Carminati

Coordenadora Acadêmica
Profª. Elen Karla Trés

Coordenadora Administrativo-Financeira
Silnara Salvador Bom

Coordenador de Graduação
José Junior de Oliveira Silva

Bibliotecária
Profº. Alexandra Barbosa Oliveira

Comissão Editorial
Profª. Eliene Maria Gava Ferrão
Profª. Elen Karla Trés
Profº. José Junior de Oliveira Silva
Profº. MSc. Ivan Paulino

COORDENADORES

Sabryna Zen Rauta Ferreira
Maxwilian Novais Oliveira
Talita Aparecida Pletsch
Olivia Nascimento Boldrini
Ivan Paulino
Alexandra Barbosa Oliveira
Francielle Milanez França
André Mota do Livramento

Endereço para correspondência
Biblioteca Pe. Carlos Furbetta
Rua Jacobina, 165 – Bairro São Francisco
29830-000 – Nova Venécia – ES
e-mail: alexandra.oliveira@multivix.edu.br

Capa
Alex Cavalini Pereira

Universo da Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia– v. 3. n.2, 2014 – Nova Venécia: MULTIVIX, 2014.

Semestral
ISSN 2238-7137

1. Pesquisa científica: Periódicos. I. Faculdade Capixaba de Nova Venécia.

CDD. 610.73

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

SUMÁRIO

A R T I G O S

Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Reigão Noroeste do Estado do Espírito Santo, Brasil 05
Angela Soto Cunha; Bárbara Michele Freitas da Silva; Geandra Aparecida dos Anjos Martins; Genilson Galvão; Karina e Souza da Silva;Larissa Dourado Araujo;Lorena Silva Falcão;Mayara Renoke;Valquíria Wutke Reetz;Vinicius Alberto Alves Santos;Ivan Paulino.

O acesso aos serviços de saúde e a Atenção Primária em Saúde 23
Alcione Basílio de Abreu; Samantha da Silva Santos.

Origens da recusa do aleitamento materno 30
Wilkimara Cristina Soares de Oliveira.

A importância do enfermeiro no combate a dengue..... 36
Aline Regiani Miguel; Deisielli Nienke Lenke.

Assistência ao idoso portador de Mal de Parkinson..... 44
Cintia Tavares de Oliveira.

Atuação do enfermeiro diante da contracepção na adolescência..... 50
Elisangela Surlo; Jacieli dos Santos Costa; Janaina Bernabé.

Prevenção do câncer uterino pelo exame de Papanicolau 56
Keila Rodrigues Santos; Luana Boone Pinto; Milena Kelly Borges Correa.

A humanização no atendimento de enfermagem..... 62
Crysthiam Bruno Ferreira Brandão; Jessica Rodrigues da Silva; Laiz Trindade Machado Neta; Lorena Alves da Silva Cavalcante.

Importância do estímulo ao aleitamento materno..... 70
Alana Karen Silva Aquino; Edimara dos Anjos Silva; Laila Nunes Santos; Maria Alice Brito Soares.

Estudo sobre o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual..... 75
Poliana Oliosi Favero.

A gravidez na adolescência..... 79
Celianne de Oliveira da Silva; Jordane Furtado; Maécia Gusmão Sales; Natiele Ferreira Rafalski.

Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar..... 83
Fabiana Oliveira Santos Silva; Luana Alves Santos; Nelma Gomes Oliveira Santos.

Importância da Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família (PSF)..... 88
Carla Thomaz; Francisco Ferreira Filho; Lorrâne Felisberto Amorim.

Vantagens do aleitamento materno..... 93
Letícia Gomes Vieira Lopes Benedito.

O trabalho do assistente social diante dos desafios da dependência química..... 99
Marcilene Campo Dall'Orto Moreto.

Diabetes Mellitus: mudanças no estilo de vida..... 107
Dayanna Ruela Sebim; Jany Kuster de Araújo Themóteo; Letícia Pianna; Raini Oliveira Altoé Polez.

A atuação do enfermeiro na prevenção à Saúde do Homem..... 114
Adrieli Marre Bom; Iara Souza Boroto; Dayana Loureiro Seibert Fiorini.

Uso de antidepressivos por profissionais de saúde..... 126
Emanueli Valéria da Cunha; Patrícia Rodrigues Tones; Paula Hoffman.

Importância da higiene das mãos no controle e prevenção da infecção hospitalar..... 131
Ketlynn Barcellos Oliveira

Promoção da saúde e prevenção de doenças..... 137
Jéssica da Silva Rodrigues

Abordagem do recém-nascido de mãe soropositiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV)..... 142
Mayara Renoke da Silva; Solange Belúcio Tetzner; Sophia Cunha Boldrini; Valquíria Wutke Reetz; Vinicius Alberto Alves Santos; André Mota do Livramento.

O papel do enfermeiro no tratamento da hanseníase..... 151
Jardel Mariano Martins da Silva; Marianny Patrícia Soares Moreira; Thácio Miguel Venturin da Silva.

Normas para publicação na Revista Universo da Enfermagem..... 157

ISSN 2238-7137

EDITORIAL

Em julho, obtivemos o nosso reconhecimento de curso, por meio da **Portaria MEC Nº430, de 29 de julho de 2014, publicada no D. O. U de 31/07/2014, com a Nota 04**, que muito nos orgulha, pois é fruto de um trabalho sério de direção, coordenação, professores e alunos e, dentro desse importante conceito, acreditamos que a extensão universitária, por meio de nossos Projetos de Extensão, e a pesquisa, por meio da Iniciação Científica, que é uma constante de nosso curso, tiveram um peso considerável.

Acreditamos que estamos no caminho certo, mantendo nossa postura de incentivo quanto a iniciação científica de nossos acadêmicos, aqui transmitidas em forma de artigos originais e de iniciação científica, fruto do trabalho de nossos docentes e discentes.

Com isso temos um desafio, sermos cada vez melhores, mais ousados, sem medo das adversidades de quem deseja transmitir idéias, na maioria das vezes inovadoras e, nem sempre bem entendidas.

Continuamos abertos para contribuições, críticas, que muito nos ajudarão na melhoria do trabalho acadêmico. Que tenhamos todos uma boa leitura.

Prof. MSc. Ivan Paulino

COREN – ES- 7138

Editor e Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia, MULTIVIX – Nova Venécia

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL[1]

Angela Soto Cunha[2]

Bárbara Michele Freitas da Silva[2]

Geandra Aparecida dos Anjos Martins[2]

Genilson Galvão[2]

Karina e Souza da Silva[2]

Larissa Dourado Araujo[2]

Lorena Silva Falcão[2]

Mayara Renoke[2]

Valquíria Wutke Reetz[2]

Vinicius Alberto Alves Santos[2]

Ivan Paulino[3]

RESUMO

Para facilitar o processo de cuidar a enfermagem realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é o método científico e privativo do enfermeiro, utilizando de seus conhecimentos e habilidades para implementar ações sistematizadas a fim de realizar uma abordagem organizada e assim alcançar seu objetivo quanto à assistência ao paciente. A pesquisa levanta a realidade da aplicação da Resolução do COFEN 272/2002 e mostra o perfil dos enfermeiros que ocupam o cargo de gerência nos hospitais; avalia o relacionamento do enfermeiro com os demais profissionais, identifica os aspectos prioritários para a implantação da SAE e as dificuldades na sua aplicabilidade. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários por questionário estruturado, direcionado aos enfermeiros gerenciais das unidades hospitalares dos municípios da Região Noroeste do Espírito Santo. Participaram do estudo 21 enfermeiros, na sua maioria entre 21 a 30 anos de idade,do sexo feminino (61%),entre 05 e 10 anos de exercício da profissão (38%),com menos de 2 anos de trabalho na instituição (52%), sem jornada dupla de trabalho (71%),em hospitais de pequeno porte (61%),onde 14,2% possuem a SAE implementada totalmente,23,8% implementada parcialmente e 61,9% não possuem a SAE implementada. Dentre os entrevistados 76% afirmam terem recebido capacitação quanto a SAE, 100% a consideram fundamental e conhecem a Resolução do COFEN 272/2002. Quanto ao relacionamento com os demais profissionais 80 % afirmam

---

[1] Artigo Científico Original.

[2] Acadêmicos do 10º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

[3] Professor Orientador, Mestre em Saúde da Família.

ter ótimo relacionamento com a equipe de enfermagem,com a equipe médica (52%) e com a administração (76%). Concluímos que as condições para a aplicabilidade da SAE são boas, havendo necessidade de um maior número de profissionais enfermeiros e uma decisão política institucional de implementação.

PALAVRAS-CHAVES: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Dificuldades. Implantação.

ABSTRACT

To facilitate the process of care the nursing makes the nursing assistance systematization (Sistematização da assistência de enfermagem -SAE) which is the nurse private scientific method, making use of his knowledge and skills to implement systematized actions in order to make an organized approach and so achieve the objective for the matter of the assistance to the patient. The search raises up the reality of the COFEN 272/2002 resolution application and shows the nurses profile who occups the management function in hospitals; evaluates the nurse relationship with other professionals, identifies the prioritary aspects to the SAE implantation and the dificulties in it's applicabilities. It treats of an exploratory camp search, with quantitative approach, with primary data collection by structured quetionnaire, directed to the hospital unities management nurses of Espirito Santo northwestern region towns. Took part of the study 21 nurses; mostly between 21 to 30 years old, female (61%), between 05 and 10 years of profession exercise (38%), with less than 2 years of work in the institution (52%), without double journey work (71%), in small hispitals (61%), where 14,2% have the SAE totaly implemented, 23,8% partially implemented and 61,9% don't have the SAE implemented. Among the interviewed 76% affirmed to have received capability for SAE, 100% considere it fundamental and know the COFEN 272/2002 resolution. About the relationship with the other professionals 80% affirmed to have great relationship with the nursing staff, with the medical staff (52%) and with the management (76%). We conclude that the conditions for the SAE applicability are good, requiring of a greater number of nurse profesionals and an institucional political decision of implementation.

KEYWORDS: Nursing assistance systematization. Difficulties. Implantation.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão multifacetada e em sua complexidade há diversos elementos que compõem sua teoria e prática. O cuidar é a principal ferramenta de trabalho do enfermeiro sendo um atributo pessoal do ser humano e um imperativo moral profissional inegociável (SANTANA *et al*, 2011).

Silva e Santos (2008) afirmam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo privativo do enfermeiro, onde o mesmo utiliza de seus conhecimentos e habilidades para implementar ações sistematizadas a fim de realizar uma abordagem organizada e assim alcançar seu objetivo quanto a assistência ao paciente. A SAE deve ser composta pelo histórico de enfermagem, exame físico, prescrição de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e as anotações de enfermagem. Essas implementações da SAE devem ser registradas no prontuário do paciente. É através da SAE que será alcançada a autonomia profissional do enfermeiro, porém, mesmo assim

encontram-se certas dificuldades e resistência em sua implantação, criando diversas barreiras para o desenvolvimento da SAE e da utilização correta do Processo de Enfermagem (PE).

De acordo com Barbosa e colaboradores (2009) a SAE é responsável pela elevação do nível de qualidade da assistência de enfermagem, propondo um atendimento individualizado, beneficiando o paciente e também o enfermeiro, demonstrando a devida importância da implantação do PE.

O processo de enfermagem é o método utilizado para se colocar em prática as estruturas teóricas de enfermagem, através da identificação das necessidades do cliente, conhecendo suas condições. Assim será possível determinar um cuidado direcionado e humanizado para atendê-las (BARBOSA; MARCACINE, 2008).

Wanda Horta foi a pioneira no Brasil na divulgação de uma obra intitulada como "O processo de Enfermagem", trazendo idéias de como estabelecer a autonomia do enfermeiro através das ações sistematizadas da enfermagem e afirmando que essa autonomia só acontecerá quando a sistematização for feita por toda a classe de enfermagem utilizando a metodologia científica (SILVA; SANTOS, 2008).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) criou a resolução nº 272/2002 em 2002 conforme expresso no anexo A, que respalda o enfermeiro a realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, dispondo sobre a implantação da SAE tanto em instituições de saúde públicas quanto nas privadas, no Brasil (LIMA *et al*, 2006).

Segundo Silva e Santos (2008) o processo de enfermagem é um método organizado e sistemático onde é colocada em prática a estrutura teórica de enfermagem através de uma assistência dinâmica e individualizada, com o objetivo da prevenção e da promoção da saúde. Esse processo é dividido em cinco fases interrelacionadas: investigação ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação ou evolução de enfermagem, porém essas cinco fases não ocorrem de forma isolada e linear, ocorrendo concomitantemente.

Através da utilização desse método como uma estratégia para a assistência de enfermagem temos como vantagens um sistema de registro de informações melhor sobre o paciente e a sustentação de um padrão mínimo de qualidade da assistência (HERMIDA, 2004).

Segundo Tannure e Gonçalves (2009) o Processo de Enfermagem vem como um paradigma científico levando a enfermagem a ser reconhecido como ciência, fornecendo estrutura para tomadas de decisão direcionando o cuidado ao paciente. De acordo com Ferreira e seus colaboradores (2009) será através desse método que o profissional de enfermagem irá aplicar a essência de sua profissão, através de seus pilares científicos.

Privilegiando suas ações específicas com o cliente sempre atuando em conjunto com os outros profissionais, pois, através de uma equipe multidisciplinar poderá então compartilhar seus saberes em prol do atendimento qualificado ao paciente; não ficando assim só como um suporte das ações administrativo-burocráticas e médicas (HERMIDA, 2004).

E através do processo de enfermagem o enfermeiro poderá explicar, identificar, compreender e/ou predizer, como os pacientes podem responder à assistência prestada pelo profissional ou aos processos vitais (SANTANA *et al*, 2011).

A prática de enfermagem possui elementos que constituem um processo específico de trabalho. Os elementos que descrevem a prática da enfermagem são constituintes e demandam habilidades e capacidades psicomotoras (físicas), cognitivas (pensamento, raciocínio), afetivas (sentimentos, emoções e valores), contendo também conhecimento e perícia no uso das técnicas de enfermagem e liderança na implantação do plano de intervenção. São essas habilidades e capacidades que vão ajudar na determinação do que deve ser feito, como, porque, por quem, com o quê deve ser feito e quais são os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Segundo Reppetto (2005) a arte de cuidar vai muito além de ser um ato, este autor afirma que o cuidar é uma atitude. E assim abrange muito mais do que um momento de zelo e atenção. Representando um ato de responsabilidade, preocupação, dedicação, tecendo um envolvimento afetivo com quem está sendo cuidado.A justificativa para a realização desta pesquisa foi pautada na vontade de entender quais são as dificuldades encontradas na implantação da SAE dentro do âmbito hospitalar, mostrando a importância da utilização da SAE e incentivando-a, pois, a SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem e destaca a importância do processo de enfermagem, por meio de um atendimento individualizado ao paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA

A enfermagem no Brasil assim como mundialmente, em seu início era praticada por freiras nas Santas Casas, através de cuidados de cunho religioso, sem nenhum embasamento científico ou metodologia de trabalho, através do conhecimento empírico, que se voltava aos doentes. As decisões eram tomadas de acordo com as necessidades que surgiam (FOSCHIERA; VIEIRA, 2004).

Com Florence Nightingale surge a preocupação da enfermagem com a questão teórica, onde Florence acreditava que a enfermagem deveria se basear através de um conhecimento que se direcione a pessoa de acordo com as suas condições de vida e com o ambiente de atuação, embasado em entendimentos e reflexões construídos sobre o conhecimento científico, porém diferente do modelo biomédico. Mesmo sob essa influência, a enfermagem acabou se direcionando para ações práticas, imediatas, intuitivas não fazendo a sistematização, assim como vários médicos, visando mais a doença do que o próprio cliente, acostumando-se com ordens de como fazer as coisas, sem reflexão do que se está fazendo (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Através de seu comprometimento com os ideais da profissão, Florence decidiu romper com suas estruturas familiares, sociais, políticas e culturais que abrangiam sua época concebendo a profissão como uma verdadeira arte, "a arte do cuidado humano" e não só como uma ciência. Florence também se instaurou no campo da saúde (BACKES; SCHAWARTZ, 2005).

Segundo Tannure e Gonçalves (2009) após guerras, revoluções sociais, desenvolvimento da educação e das ciências, transformações socioeconômicas e políticas, os profissionais de enfermagem começaram a se questionar e a perceber a necessidade de uma preparação maior e do aprimoramento dos conhecimentos de enfermagem, conseguindo assim uma qualidade maior no cuidado que prestariam. O foco de atenção que antes era em medidas de alívio e manutenção de um ambiente limpo e organizado passou a ser na assistência de enfermagem como um processo interpessoal, centrado na pessoa, no doente não mais na patologia.

Tudo isso é feito através de um plano de cuidados que irá qualificar a assistência seguindo as diretrizes do SUS através da integralidade, universalidade e equidade (BARBOSA *et al*, 2009).

Segundo Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) a SAE deve ser aplicada em todas as instituições de saúde brasileiras tanto privadas quanto públicas e que essa implantação será responsável pela qualificação da assistência.

Barbosa e colaboradores (2009) ainda afirmam que Wanda Horta foi a primeira brasileira a falar sobre teoria de enfermagem, quando embasada na teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow que elaborou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Essa teoria criada por Maslow é conhecida como uma das mais importantes teorias de motivação onde as necessidades dos seres humanos são dispostas em uma hierarquia, uma escala de valores conforme expresso na figura 1. Onde, após um determinado indivíduo realizar uma necessidade, surgirá outra em seu lugar, fazendo sempre que as pessoas busquem novas formas de satisfazer seus desejos (SERRANO, 2011).

FIGURA 1 – PIRÂMIDE DE MASLOW (2008)

Fonte: www.suamente.com.br (2013)

Na teoria de Maslow, as três primeiras são de carência, devendo ser satisfeitas para que os indivíduos se sintam saudáveis e seguros; e as duas últimas são de crescimento, por estarem relacionadas ao desenvolvimento e realização do potencial de cada pessoa (OLIVEIRA, 2009).

As necessidades básicas ou fisiológicas são as necessidades que estão relacionadas à sobrevivência e existência do ser humano como: a necessidade de se de se vestir, se alimentar, beber água, de sexo, de viver em condições de saneamento adequado. Maslow considera essas necessidades primordiais, como um ponto de partida para a teoria, pois, uma pessoa com suas necessidades fisiológicas não satisfeitas, acabam limitando sua visão em relação às coisas a sua volta percebendo assim apenas os estímulos que a leva ao cumprimento de tais necessidades. Isto gera uma limitação na percepção de tantas outras coisas, que as ações deste indivíduo acabam sendo determinadas por essas manifestações (REGIS; PORTO, 2006).

Já as necessidade de auto-estima se expressam em uma grande necessidade de aprovação social, de sentir-se confiante diante das pessoas e situações. Envolvendo a autoconfiança, a sensação de prestígio, de ter status, respeito e apreciação por todos a sua volta, de ser independente, de ter autonomia, em geral, sensação de adequação no mundo em que se vive (SERRANO, 2011).

A necessidade de autor-realização vem do instinto do ser humano. Envolve a sensação de alguém saber que está dando o melhor de si em tudo que se faz, no cotidiano. E que dessa forma está aproveitando ao máximo sua capacidade, suas habilidades. Acreditar e ver a superação de limites e desafios, através da superação e aproveitamento de seu potencial (PAIVA, 2007).

A partir do momento que as necessidades fisiológicas vão sendo supridas surgem as necessidades de segurança. Na busca que as pessoas têm de se proteger de qualquer tipo de perigo e ameaça tanto real quanto imaginária. Mantendo assim a busca por um abrigo com proteção, conforto, tranquilidade, para manter assim uma vida agradável. Isso tudo pode determinar o comportamento e as escolhas de uma pessoa de uma forma muito forte e até mesmo dominadora (GUIMARÃES, 2001).

Além dessas cinco necessidades, foi acrescentado a essa teoria o desejo que todo ser humano possui do saber e do conhecer que são as necessidades cognitivas, como uma necessidade natural. Dessa

forma buscando um sentido para todas as coisas do mundo, entre elas, ordem. Estando aí incluídos os desejos de compreender, organizar, sistematizar, de saber, de analisar, que viriam anteriores às necessidades da auto-realização. Já a necessidade de ajudar os outros a se desenvolverem e a realizarem seu potencial foi denominada como transcendente vindo posterior à necessidade da auto-realização (REGIS; PORTO, 2006).

2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Wanda Horta foi a pioneira no Brasil na divulgação de uma obra intitulada como "O processo de Enfermagem", trazendo idéias de como estabelecer a autonomia do enfermeiro através das ações sistematizadas da enfermagem e afirmando que essa autonomia só acontecerá quando a sistematização for feita por toda a classe de enfermagem utilizando a metodologia científica (SILVA; SANTOS, 2008).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) criou a resolução nº 272/2002 em 2002 conforme expresso no anexo A, que respalda o enfermeiro a realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, dispondo sobre a implantação da SAE tanto em instituições de saúde públicas quanto nas privadas, no Brasil (LIMA *et al*, 2006).

Segundo Silva e Santos (2008) o processo de enfermagem é um método organizado e sistemático onde é colocada em prática a estrutura teórica de enfermagem através de uma assistência dinâmica e individualizada, com o objetivo da prevenção e da promoção da saúde. Esse processo é dividido em cinco fases interrelacionadas: investigação ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação ou evolução de enfermagem, porém essas cinco fases não ocorrem de forma isolada e linear, ocorrendo concomitantemente.

Através da utilização desse método como uma estratégia para a assistência de enfermagem temos como vantagens um sistema de registro de informações melhor sobre o paciente e a sustentação de um padrão mínimo de qualidade da assistência (HERMIDA, 2004).

Segundo Tannure e Gonçalves (2009) o Processo de Enfermagem vem como um paradigma científico levando a enfermagem a ser reconhecido como ciência, fornecendo estrutura para tomadas de decisão direcionando o cuidado ao paciente. De acordo com Ferreira e seus colaboradores (2009) será através desse método que o profissional de enfermagem irá aplicar a essência de sua profissão, através de seus pilares científicos.

Privilegiando suas ações específicas com o cliente sempre atuando em conjunto com os outros profissionais, pois, através de uma equipe multidisciplinar poderá então compartilhar seus saberes em prol do atendimento qualificado ao paciente; não ficando assim só como um suporte das ações administrativo-burocráticas e médicas (HERMIDA, 2004).

E através do Processo de Enfermagem que o enfermeiro poderá explicar, identificar, compreender e/ou predizer, como os pacientes podem responder à assistência prestada pelo profissional ou aos processos vitais (SANTANA *et al*, 2011).

A prática de enfermagem possui elementos que constituem um processo específico de trabalho. Os elementos que descrevem a prática da enfermagem são constituintes e demandam habilidades e capacidades psicomotoras (físicas), cognitivas (pensamento, raciocínio), afetivas (sentimentos, emoções e valores), contendo também conhecimento e perícia no uso das técnicas de enfermagem e liderança na implantação do plano de intervenção. São essas habilidades e capacidades que vão ajudar na determinação do que deve ser feito, como, porque, por quem, com o quê deve ser feito e quais são os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Segundo Reppetto (2005) a arte de cuidar vai muito além de ser um ato, este autor afirma que o cuidar é uma atitude. E assim abrange muito mais do que um momento de zelo e atenção. Representando um ato de responsabilidade, preocupação, dedicação, tecendo um envolvimento afetivo com quem está sendo cuidado.

3 METODOLOGIA

O presente estudo insere-se na área de gestão em enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de campo quantitativa, exploratória com coleta de dados primários, direcionado aos enfermeiros de cada unidade hospitalar dos municípios da região do Noroeste do ES.

A região noroeste do Estado do Espírito Santo, compreende os municípios de Montanha, Barra de São Francisco, Ponto Belo, Mucurici, Nova Venécia, Ecoporanga, Vila Pavão, Pinheiros, Boa Esperança, São Gabriel da Palha e Vila Valério.

De acordo com Oliveira (2002) a pesquisa exploratória permite a descoberta de práticas ou diretrizes que necessitam de mudanças, se estabelecendo alternativas, sendo flexível e engenhosa, permite ao pesquisador levantar dados provisórios de forma detalhada e estruturada obtendo informações necessárias.

Os dados coletados de forma primária, através de instrumento estruturado, mediante entrevistas com todos os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes abordados pelos acadêmicos sob orientação do professor pesquisador. A pesquisa não trouxe ricos para a população entrevistada e se resumem a responder um questionário cuja duração prevista é de 15 minutos, tendo como benefício mostrar a importância da implantação da SAE nas unidades hospitalares.

A pesquisa tem como fonte todos os enfermeiros gerenciais das unidades hospitalares da região do Noroeste do ES, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 21 profissionais enfermeiros da Região Noroeste do Estado do Espírito Santo, sendo 66,6% na faixa etária de 21 à 30 anos de idade, 19% ente 31 e 40 anos de idade e 14% entre 41 e 50 anos de idade, ou seja, houve predominância de profissionais jovens.

TABELA 1: Participantes da pesquisa quanto a idade

Faixa de idade	**Participantes**	**%**
21 a 30 anos	14	66.66
31 a 40 anos	04	19.04
41 a 50 anos	03	14.02
51 a 60 anos	0	0
61 anos ou mais	0	0

TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Dos profissionais entrevistados 61,9% são mulheres e 38% homens, de acordo com a Tabela 2.

TABELA 2: Participantes da pesquisa quanto ao gênero

Sexo	Participantes	%
Feminino	13	61.90
Masculino	08	38.09
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao tempo do exercício profissional, verificamos que 38% dos entrevistados possuem de 05 a 10 anos de exercício profissional, 28,5% menos de 02 anos, 23,8% entre 02 a 05 anos e 9,5% com mais de 10 anos de exercício profissional. Os dados apurados demonstram que os profissionais estudados possuem boa experiência profissional, demonstrada pelos anos de trabalho na enfermagem.

TABELA 3: Participantes da pesquisa quanto ao tempo do exercício da enfermagem

Tempo de Exercício	Participantes	%
Menos de 02 anos	06	28.57
02 a 05 anos	05	23.80
05 a 10 anos	08	38.09
Mais de 10 anos	02	09.52
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, cerca de 52,3% possuem menos de 2 anos de trabalho no hospital, 28,5% de 2 a 5 anos de trabalho, 14,2% de 5 a 10 anos de trabalho e apenas 4,7% mais de 10 anos de trabalho no hospital estudado. Dados que, quando comparados com a tabela anterior, nos informam que, embora a maioria possua boa experiência profissional, possuem pouco tempo de trabalho no hospital estudado.

TABELA 4: Participantes da pesquisa quanto ao tempo de trabalho na instituição

Tempo de Trabalho	Participantes	%
Menos de 02 anos	11	52.38
02 a 05 anos	06	28.57
05 a 10 anos	03	14.28

Mais de 10 anos	01	04.76
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

De acordo com a Tabela 5, a maioria dos entrevistados (71,4%) não possuem jornada dupla de trabalho.

TABELA 5: Participantes da pesquisa quanto a jornada dupla de trabalho

Trabalha em outra instituição	Participantes	%
Sim	06	28.57
Não	15	71.42
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao número de leitos dos hospitais estudados, encontramos que a maioria (61,9%) são de pequeno porte, com até 50 leitos e, cerca de 38% podem ser considerados de médio porte, entre 50 a 100 leitos.

TABELA 6: Caracterização das instituições pesquisadas quanto ao número de leitos

Leitos existentes	Participantes	%
Até 50 leitos	13	61.90
Mais de 50 leitos	08	38.09
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto a caracterização das instituições pesquisadas, verificamos que 66,6% possuem as Clínicas médica,cirúrgica,maternidade e pediátrica, ou seja, as clínicas básicas em hospitais de pequeno porte.

TABELA 7: Caracterização das instituições pesquisadas quanto ao número de clínicas

Clínicas existentes	Participantes	%
Clínicas médica,cirúrgica,maternidade,pediátrica,UTI,UTIN	0	0
Clínicas médica,cirúrgica,maternidade,pediátrica,UTI	04	19.04
Clínicas médica,cirúrgica,maternidade,pediátrica	14	66.66

Clínicas médica,cirúrgica,maternidade	0	0
Clínicas médica,cirúrgica	01	4.76
Clínica médica	02	9.52
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Nas instituições pesquisadas, a maioria (61,9%) não possuem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implementada e 14,2% possuem a SAE implementada.

TABELA 8: Caracterização das instituições quanto a implementação ou não da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Existência da SAE	Participantes	%
Sim	03	14.28
Não	13	61.90
Parcialmente	05	23.80
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Dentre os entrevistados, 66,6% informaram que possuem expectativas quanto a implementação da SAE no hospital.

TABELA 9: Expectativas quanto a implementação ou não da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Existe projeto para a implementação da SAE	Participantes	%
Sim	14	66.66
Não	07	33.33
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao fato de terem recebido capacitação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, 76,1% informaram que receberam informações.

TABELA 10: Perfil dos entrevistados quanto ao fato de terem recebido capacitação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Recebeu treinamento sobre a SAE	Participantes	%
Sim	16	76.19
Não	05	23.80
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao local de capacitação para a SAE, 52,3% dos entrevistados informaram que estudaram a SAE como disciplina, na Graduação ou na Pós-Graduação, 19% em Cursos ou palestras e 28,5% não receberam capacitação.

TABELA 11: Perfil dos entrevistados quanto ao local da capacitação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Recebeu treinamento sobre a SAE	Participantes	%
Graduação e/ou Pós Graduação	11	52.38
Cursos e/ou palestras	04	19.04
Não receberam capacitação sobre SAE	06	28.57
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quando indagados sobre a importância da implementação da SAE, os 21 enfermeiros entrevistados (100%) consideram a SAE fundamental.

TABELA 12: Perfil dos entrevistados quanto a avaliação pessoal sobre a importância da implementação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) nas instituições pesquisadas

Avaliação pessoal sobre a importância da SAE	Participantes	%
Fundamental	21	100
Opcional	0	0
Desnecessário	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Com relação a existência de instrumentos facilitadores para o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), 38,2% informam possuir Manual de rotinas, 26,4% os protocolos clínicos, 17,6% possuem formulários com histórico, diagnóstico, plano de cuidados e evolução, 8,8% possuem software específico, 2,9% possuem todos os instrumentos para aplicabilidade da SAE e 5,8% não possuem nenhum instrumento facilitador.

TABELA 13: Caracterização das instituições quanto a existência de instrumentos facilitadores para o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Tipo de instrumentos existentes facilitadores da SAE	Nº informações	%
Protocolos clínicos	09	26.47
Manual de rotinas	13	38.23
Formulários com histórico,diagnóstico,pl. de cuidados,evolução	06	17.64
Software	03	08.82
Todos os itens acima	01	02.94
Nenhum	02	05.88
TOTAL	34	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Quanto ao tipo e número de profissionais sob a responsabilidade técnica dos enfermeiros, 42,8% informaram apenas técnicos de enfermagem, 33,3% informaram enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; 14,2% informaram técnicos e auxiliares de enfermagem e 9,5% enfermeiros e técnicos de enfermagem.

TABELA 14: Perfil dos entrevistados quanto ao tipo e número de profissionais sob a sua responsabilidade técnica

Tipo de profissionais sob a sua responsabilidade técnica	Participantes	%
Apenas enfermeiros	0	0
Enfermeiros,Técnicos de Enfermagem	02	09.52
Enfermeiros,Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem	07	33.33
Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem	03	14.28
Apenas Técnicos de Enfermagem	09	42.85
Apenas Auxiliares de Enfermagem	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Com relação ao relacionamento frente à Equipe de Enfermagem, a maioria (80,9%) informaram não terem dificuldade, com ótimo relacionamento.

TABELA 15: Perfil dos entrevistados quanto ao relacionamento frente a Equipe de Enfermagem

Nível do relacionamento com a Eq. de Enfermagem	Participantes	%
Ótimo	17	80.95
Regular	04	19.04
Conflituoso	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Com relação ao relacionamento com a equipe médica, cerca de 52,3% informara como ótimo e 47,6 consideraram regular.

TABELA 16: Perfil dos entrevistados quanto ao relacionamento frente a Equipe Médica

Nível do relacionamento com a Eq. Médica	Participantes	%
Ótimo	11	52.38
Regular	10	47.61
Conflituoso	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Com relação ao relacionamento com a direção administrativa do hospital, 76,1% informaram ser ótimo e 23,8% consideraram como regular.

TABELA 17: Perfil dos entrevistados quanto ao relacionamento frente a Administração da instituição pesquisada

Nível do relacionamento com a Administração	Participantes	%
Ótimo	16	76.19
Regular	05	23.80
Conflituoso	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

Conforme a tabela 18, 100% dos entrevistados conhecem a resolução do COFEN onde está respaldada a aplicação da SAE pelo enfermeiro.

TABELA 18: Perfil dos entrevistados quanto ao conhecimento da resolução onde está respaldada a aplicação da SAE pelo enfermeiro

Resolução que respalda a SAE	Participantes	%
COFEN Nº 272/2002	21	100
Lei Nº 8080/90	0	0
Lei Nº 8142/90	0	0
TOTAL	21	100

Fonte: Apêndice A – Questionário da pesquisa

5 CONCLUSÃO

A pesquisa tem como fonte todos os enfermeiros gerenciais das unidades hospitalares da região do Noroeste do ES, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, amostra de 21 enfermeiros. Concluímos que as condições para a aplicabilidade da SAE são boas, havendo necessidade de um maior número de profissionais enfermeiros e uma decisão política institucional de implementação.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, L. de O. *et al*. Trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, mar./apr. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200015>. Acesso em: 01 nov. 2011.

ANDRADE, J. S de; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem:

problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.

ANGERAMI, E. L.; GOMES, D. L. S. MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, out. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104 11692000000500008>. Acesso em: 29 out. 2011.

BACKES, D. S. *et al*. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Revista Acta Sci Health**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BACKES, D.S.; SCHAWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Revista de Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 182-188, maio/ago. 2005.

BARBOSA, *et al.* Análise da pratica do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Nursing**, Brasil, v. 12, n. 144, p. 251-258, 2009.

BARBOSA, P. M. K.; MARCACINE,K. O. Sistematização da assistência de enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino- aprendizagem ao paciente e familiares. **Revista Nursing,** Brasil, v. 11, n. 128, p. 26-34, 2008.

BARROS, A. L. B. L. de; LOPES, J. de L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, n. 2, p. 63-65, ago. 2010.

BATISTA, A. A. V. *et al*. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Revista Esc. Enfermagem USP**, Aracajú, v.39, n.1, p. 85-91, 2005.

BERGAMO, M. I. B. B.;ABRAHÃO, P. de S.; FURINI, A. C. de. A. Algoritmos "as árvores de decisão", **Revista Nursing**, Brasil, v. 84, n. 8, p. 225-227, maio, 2005.

BETEGHELLI, P. *et al*. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatória de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p 334-343, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000400012>. Acesso em: 01 nov. 2011.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. de A. L. M. da. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, mar./abr. 2003.

BRAGA NETO, C. da S. **Sistematização da assistência de enfermagem**.Prefeitura e secretaria municipal de saúde de Sumaré, Sumaré, p. 01-20, 2008.

BRASIL. Resolução do COFEN-272/2002, de 27 de agosto de 2002. **Conselho Federal de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>. Acesso em: 03 nov. 2011.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-289, abr./jun. 2009.

CECERE, D. B. B. *et al.* Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, n. 2, p. 46-50, ago. 2010.

CRISTOVAM, B. P.; SANTOS, I. dos. Os desafios da gerência do enfermeiro no nível central de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 12, p. 66-70, 2004.

FERREIRA, F. K. *et al.* Fatores que dificultam a implantação do processo de enfermagem na pratica profissional. **Revista Nursing**, Brasil, v. 12, n. 138, p. 517-521, 2009.

FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 10 nov. 2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. IN: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, apresentado na mesa redonda **"A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência"**, Recife, 2000. Disponível em: <http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnefro/restrito/download/sistematizacaodaassistencia.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2011.

GUIMARÂES, M. C. **Teoria de Maslow e marketing.** Mato Grosso do Sul, set. 2001. Disponível em: <http://www.marketbiz.com.br/universidades/conhecendo/maslow.htm>. Acesso em: 08 nov. 2011.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 6, p. 733-737, nov./dez. 2004.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>. Acesso em: 13 nov. 2011.

JESUS, C. A. C. de; CARVALHO, E. C. de. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da taxonomia I da NANDA. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, oct. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000400012>. Acesso em: 13 nov. 2011.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. de F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da revista brasileira de enfermagem no período 1960-1986. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n.3, 478-486, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a17.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2011.

LIMA, L. R. *et al*. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 349-57, 2006. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a05.htm>. Acesso em: 01 nov. 2011.

LOPES, M. H. B. de M. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, Jul. 2000.

NEVES, R. de S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.4, jul./ago. 2006.

OLIVEIRA, E. T. **Teoria de Maslow**. Fev. 2009. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/teoria-de-maslow/28006/>. Acesso em: 10 nov. 2011.

OLIVEIRA, L. M. de; EVANGELISTA, R. A. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão da UNIPAM**, Patos de Minas, v. 1, n. 7, p. 83-88, ago. 2010.

OLIVEIRA, S. L. de. Tratado de metodologia: projetos de pesquisas, TGI, monografias, dissertações e teses. **Revista Pioneira Thomson Learning**, São Paulo, 2002.

PAIVA, L. de. **A Teoria de Motivação de Maslow,** Abr**.** 2007. Disponível em: <http://ogerente.com/stakeholder/2007/04/03/a-teoria-de-motivacao-de-maslow/>. Acesso em: 01 nov. 2011.

PASINI, D**.** *et al*. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 30, n. 3, p. 501-518, dez. 1996.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A Motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 7-12, jul. 2001. Disponível em: <http//www.eerp.usp.br /rlaenf>. Acesso em: 25 out. 2011.

PINHO, P. de S.; ARAÚJO, T. M. de. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais**. Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, jul./set. 2007.

PIRAMIDE DE MASLOW. Disponível em: <www.suamente.com.br (2008)>. Acesso em: 09 nov. 2011.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400018>. Acesso em: 28 out. 2011.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M. V. J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: uma revisão teórica. **Cadernos de Escola da Saúde**. Curitiba, v. 03, p. 1-14, 2010.

REPPETTO, M. A. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem, v.** 58, n. 3, p. 325-9, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2011.

RODRIGUES, D. **Relação enfermeiro-médico.** Nov, 2009. Disponível em: <http://masporque.wordpress.com/2009/11/27/relacao-enfermeiro-medico/>. Acesso em: 13 nov. 2011.

SALES, L. M. de; AFONSO, E. de S. R.; SANTOS, T. V. C. dos. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): uma pesquisa nas bases eletrônicas de dados. **Revista de Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 197-207, 2008.

SANTANA, M. E. de *et al*. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Trabalho apresentado no 16º SENPE 2011. **Ciência da enfermagem em tempos de interdisciplinaridade,** Campo Grande, jun. 2011.

SANTOS, S. R. dos; PAULA, A. F. A. de; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, jan./fev. 2003. Disponível em**:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100012>. Acesso em: 30 out. 2011.

SERRANO, D. P. **Teoria de Maslow - a pirâmide de Maslow.** 2011. Disponível em: <http: www.portaldomarketing.com.br/Artigos/**maslow**.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

SILVA, R. S.; SANTOS, M. H. E. R. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. **Revista Nursing**, Brasil, v. 12, n. 136, p. 435-442, 2008.

SILVA, D. G da; ALVES, L.de S. **As dificuldades encontradas pelo enfermeiro na implantação da sistematização da assistência de enfermagem**, p. 717-721, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0159.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2011.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de um software – protótipo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 269-282, ago. 2003.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAKAHASHI, A. A. *et al*. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Revista Acta Paul Enfermagem**, São Paulo**,** 2008.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G. Desafios para reinventar o ensino e perspectivas para o curso de graduação em enfermagem. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, n. 2, p. 55-58, ago. 2010.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Revista Ciência. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, july/aug. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013 >. Acesso em: 28 out. 2011.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **Revista RAS**, v. 4, n. 14, jan./mar. 2002.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Alcione Basílio de Abreu[1]
Samantha da Silva Santos[2]

RESUMO

O acesso aos cuidados de saúde é uma questão de pesquisa há várias décadas e tem sido foco de atenção principalmente para políticos e profissionais de saúde, sendo assim, o acesso aos cuidados de saúde é um conceito de primordial importância para os profissionais de saúde, pacientes e formuladores de políticas públicas. Isto se torna uma necessidade nas comunidades rurais, por terem maior vulnerabilidade, visto que a maioria dos profissionais de saúde residem em centros urbanos. O acesso é um conceito complexo, que inclui a acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde. O objetivo deste estudo foi conhecer como é o acesso na atenção primária à saúde. As pesquisas sobre acesso aos cuidados de saúde são ilimitadas e a enfermagem é uma das profissões mais bem adequadas para investigar o acesso aos cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso. Atenção Primária a Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Access to health care is a matter of research for several decades and has been the focus of attention mainly to politicians and health professional, therefore, access to health care is a concept of primary importance to healthcare professionals, patients and policymakers. This becomes a necessity in rural communities, have greater vulnerability because most health professionals reside in urban centers. Access is a complex concept, which includes the accessibility, availability and acceptability of health care. The aim of this study was to understand how access to primary health care. Research on access to health care are unlimited and nursing is one of the best professions to investigate appropriate access to health care.

KEY-WORDS: Access. Primary Health. Health Services.

---

1 Graduado em Ciências Biológicas. Acadêmico do 11º período do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Aluno do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
2 Acadêmica do 4º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia. Técnica de Enfermagem graduada pelo Curso Técnico de Enfermagem pela Faculdade Capixaba de Nova Venécia - UNIVEN.

1 INTRODUÇÃO

O acesso a saúde é um tema que vem sendo estudado em diversos países e, na Atenção Primária à Saúde (APS), está sempre presente nas pesquisas acadêmicas e nos debates de políticas públicas.

A base para qualquer estudo sobre acesso aos cuidados de saúde é a definição sobre o que se entende pelo termo acesso. Podemos dizer que o acesso depende de uma variedade de fatores, inter-relacionados, que incluem idade, sexo, etnia, localização geográfica, condição socioeconômica, condições de emprego, entre outros.

Podemos perguntar: Quais são os serviços de saúde que estão disponíveis na APS? É adequado quantificar o acesso baseado nos cuidados primários, atendimentos de emergência, de saúde mental ou serviços especializados? Todos os níveis de cuidado precisam estar presentes para se ter um acesso adequado, ou, se não, qual cuidado deve estar presente? Somente a presença dos serviços de saúde disponíveis não asseguram o aceso de forma adequada, já que muitos pacientes têm acesso limitado aos cuidados de saúde por viverem em locais de alta densidade demográfica, como as áreas urbanas.

Souza et al (2008), realizaram um estudo com usuários e profissionais de saúde de três capitais do Nordeste, onde eles foram convidados a indicar as principais dificuldades do acesso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Encontraram uma variedade de barreiras significativas ao acesso que incluem dificuldades de acesso a exames, demora em ser atendido na unidade, falta de medicamentos na farmácia, dificuldades de acesso a consultas especializadas, demanda excessiva, filas virtuais para serviços de referência e dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. Concluíram que existe uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica.

Então, podemos pensar em que distância dos Usuários estão localizados os serviços de saúde necessários? Nesse sentido, temos nas áreas rurais, por exemplo, os fatores como distância e transporte, que desempenham um papel significativo na definição de acesso adequado. Portanto, os serviços de saúde devem ser organizados, de uma forma que permitam à população ter acesso a eles.

2 DESENVOLVIMENTO

A literatura indica que existe uma ligação estreita entre as barreiras percebidas para o acesso, em cada uma das cinco dimensões (disponibilidade, acessibilidade, alojamento, acessibilidade e aceitabilidade), e a percepção da qualidade dos cuidados de saúde. A dimensão aceitabilidade de acesso pode ser o mais forte preditor de qualidade percebida. Por esta razão, a aceitabilidade dos serviços de cuidados primários disponíveis podem ter o maior impacto sobre a saúde de uma comunidade como um preditor de uso ou vontade de usar esses serviços. Isso é significativo, como serviços de cuidados primários são muitas vezes o ponto de entrada comum para o sistema de saúde.

Acesso, segundo Travassos (2004) é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, sendo também um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto.

Ao descrever barreiras de acesso ou esforços para estabelecer políticas para melhorar o acesso, a definição precisa do que é o acesso tem variado. Embora, inicialmente, as pesquisas sobre o acesso aos cuidados de saúde se concentraram na distribuição de serviços, observou-se que esta dimensão é

insuficiente para descrever completamente as barreiras reais e perceptíveis ao acesso. A dimensão da qualidade tornou-se parte integrante do estudo de acesso, onde o acesso aos cuidados de saúde é especificamente definido como "o acesso a serviços de saúde de qualidade" (GAMM, et al., 2010).

Donabedian (1978) escreveu extensivamente sobre o tema da qualidade na área da saúde. Uma afirmação central para o tema deste estudo é a dualidade existente em relação a perspectivas sobre a qualidade dos cuidados, entre os serviços de saúde e o usuário. Ambos devem ser examinados a fim de obter uma imagem fiel da qualidade dos serviços de saúde. Donabedian (1978) relatou que houve uma ausência de pesquisas disponíveis para análise, sobre esta dupla perspectiva de qualidade. Mais de trinta anos depois, essa lacuna na literatura quanto à adequação entre os sistemas de saúde e os usuários aparentemente ainda existe.

Existem muitas coisas escritas sobre política de saúde, sobre prestação de cuidados de saúde e as experiências de acesso dos usuários aos cuidados de saúde. No entanto, Donabedian (1978), também afirmou que há um vazio aparente na literatura sobre o ponto em que essas dimensões do acesso aos cuidados de saúde se ajustam. Esta lacuna na literatura pode encolher à medida que mais pesquisa é conduzida.

O conceito de acesso varia entre autores: uns concentram-no nas características dos indivíduos; outros nas características da oferta; alguns em ambas as características, ou na relação entre os indivíduos e os serviços. Há também discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos. Para Santos (2012) acesso e acessibilidade implicam em retirar barreiras, sob quaisquer formas, físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, organizativas, viárias, que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente.

No entendimento de Travassos (2004) o conceito de acesso é complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema e, embora com divergências conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado às características da oferta de serviço, isto é, o uso do serviço é a sua própria expressão. Sua utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz e o acompanha dentro do sistema de saúde e depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e dos fatores contextuais, assim como o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde, que interferem na qualidade dos cuidados prestados.

Seria relevante um estudo sobre o acesso aos cuidados de saúde na atenção básica em comunidades rurais, devido à escassez contínua de profissionais de saúde nesses locais. Atualmente, no Brasil, temos o Programa Mais Medicos, que tem como objetivo levar assistência aos locais mais remotos do país, porém ainda não existem estudos que mostrem a efetividade desse programa,

2.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é o ponto em que o usuário normalmente tem acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Ministério da Saúde (2007) os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são:

> Integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Esses princípios da atenção primária tem sido amplamente adotados, no entanto, é um campo de pesquisa, que precisa ser mais explorado. A atenção primária deve ultrapassar acentralização individual, para tornar-se um sistema organizado e centralizado na comunidade. As pesquisas biomédicasavançaram muito ao longo dos séculos e a prática da medicina (principalmente na atenção primária) tem muitas questõesainda pouco exploradas.

De acordo com o entendimento de Mendes (2009) a atenção primária deve cumprir três funções essenciais:

- Resolução: está tem como objetivo resolver a maioria dos problemas da população;
- Organização: refere-se a organizar o fluxo de referência e contra-referência dos usuários pelo sistema de saúde;
- Responsabilização: está visa responsabilizar-se pela saúde do usuário em qualquer ponto de atenção à saúde.

Segundo Starfiel (2002) a APS deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- O Primeiro Contato: a APS deve ser a porta de entrada para o usuário ter acesso fácil ao serviço de saúde;
- A Longitudinalidade: adaptar ao crescimento e às mudanças do indivíduo no decorrer dos anos, oferecendo desde ações promocionais até reabilitação e como consequência gerar custos baixos para o serviço de saúde;
- A Integralidade da Atenção: visa reconhecer as necessidades da população e os recursos disponíveis para abordá-las;
- A Coordenação: compartilhar as informações dos usuários atendidos em outros pontos de atenção à saúde, ou seja, referência e contra-referência efetivas.
- A Centralização na Família: conhecer os membros da família e os problemas de saúde existentes;
- A Orientação Familiar: refere-se a ações complementares aos programas que atendam às necessidades de uma população definida e também a participação da comunidade na tomada de decisões.

A atenção básica, que é a porta de entrada dos usuários no SUS, consiste no elo entre a população e os sistemas de saúde e em ferramenta fundamental no processo de universalização do acesso à saúde.

2.2 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O acesso aos cuidados de saúde é uma questão de pesquisa há várias décadas e tem sido foco de atenção principalmente para políticos e profissionais de saúde.Em 1974, Aday e Andersen definiram acesso de uma forma mais abrangente e incorporaram essa definição em um quadro para o estudo do acesso a cuidados médicos. Em sua estrutura, eles usaram uma síntese de conceitos de acesso, incluindo dados demográficos dos usuários, características do sistema de saúde e fatores socioeconômicos.

As características da população que afetam a disponibilidade de acesso a cuidados de saúde têm recebido muita atenção na pesquisa. Estas características incluem gênero, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconômico. Em um estudo para determinar se havia uma diferença no acesso aos cuidados primários entre os diferentes grupos étnicos, os pesquisadores relataram diferenças estatisticamente significativas na avaliação do paciente de cuidados de saúde na atenção primária, principalmente entre asiáticos e brancos, após correção para idade, sexo, nível de escolaridade, nível socioeconômico, o sistema de prestação de cuidados de saúde, e outros fatores. Os itens que os entrevistados asiáticos classificaramcomo barreiras de acesso, incluíram as dificuldades financeira e organizacional (tempos de espera, horário de expediente, e disponibilidade nomeação). Eles sugeriram que podem existir diferenças de qualidade na prestação de cuidados na atenção básica de diferentes grupos étnicos, de acordo com as avaliações do paciente (TAIRA et al., 2001).

Em uma publicação sobre políticas públicas que respondam às necessidades da população rural para o acesso aos cuidados de saúde, Slifkin (2002) colocou questões para abordar os seguintes temas: utilização dos serviços de saúde, aceitabilidade e diferenças,compreensão a satisfação do consumidor, fatores mutáveis que afetam o acesso aos cuidados de saúde e disponibilidade dos serviços que são conhecidos para melhorar os resultados.

2.3 SAÚDE DE QUALIDADE

Aday e Andersen (1974) incluíram em seus estudos o conceito de que a disponibilidade de cuidados de saúde deve ser adequado às necessidades do paciente. Para satisfazer as necessidades do paciente, o atendimento precisa ser de qualidade.

Donabedian (1978) apontou que o estudo da qualidade dos cuidados de saúde remonta ao início dos anos de 1900. Donabedian (1978) também afirmou que quase tudo o que se sabe sobre o estudo da qualidade dos cuidados de saúde já era conhecido, já em 1964, que as futuras direções no estudo da qualidade deve incidir sobre a melhor forma de implementar o que sabemos para melhorar a estrutura (características da organização ou pessoa que presta cuidados), processo (atividades dos fornecedores no manejo de pacientes) e resultados (resultado final como saúde e satisfação) dos cuidados de saúde.

A qualidade e acessibilidade, de acordo com Donabedian (1978), estão intimamente relacionadas, sendo que a acessibilidade refere-se ao grau de facilidade ou dificuldade com que os indivíduos se deparam nos momentosem que buscam iniciar e manter a atenção ofertada pelos serviços de saúde. Ressalta-se que a atenção qualificada é uma importante condição para qualquer sistema de saúde.

A atenção qualificada dos serviços de saúde é considerada um direito do usuário, estando relacionada à sua satisfação. Para os usuários em potencial, a capacidade de obter cuidados quando necessário, de forma fácil e conveniente, é uma determinante importante na qualidade (DONABEDIAN, 1978).

Um aspecto da qualidade dos cuidados de saúde é a qualidade técnica. MCGLYNN et al. (2003) realizaram um estudo em 12 áreas metropolitanas dos Estados Unidos para avaliar o que os serviços foram prestados para uma variedade de condições agudas e crônicas e cuidados preventivos. Eles descobriram que apenas cerca de metade do cuidado recomendado foi realmente recebido quando comparados com indicadores de qualidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma das profissões bem adequada para investigar o acesso aos cuidados de saúde. Stevens (1992) afirma que a enfermagem é uma ligação natural entre pacientes e médicos, e goza de uma compreensão dos vários níveis do sistema de cuidados de saúde como nenhum outro grupo. Ela destacou que a enfermagem começou a pesquisar o acesso aos cuidados de saúde um pouco tarde e concluiu que os enfermeiros devem realizar ativamente a pesquisa das questões que envolvem o acesso a cuidados de saúde e a implementação de mudanças por meio da ação coletiva em defesa do paciente.

As pesquisas sobre acesso aos cuidados de saúde são ilimitadas. Existem questões que podem ser exploradas para construir os estudos, como: Existem diferenças no acesso aos serviços de saúde entre os habitantes rurais e urbanos? Quais os fatores sócio demográficos estão associados ao acesso aos serviços de saúde? Como o acesso pode ser comparado com vários tipos de cuidados de saúde? A única maneira de descrever adequadamente as várias dimensões do acesso aos cuidados de saúde é conhecer como se realiza uma pesquisa qualitativa. É preciso comparar os resultados de pesquisas, de diferentes regiões, para se ter dados mais fortes.

Realizar perguntas que permitam ao entrevistado explicar suas opiniões particulares sobre acesso pode levar a uma mudança significativa para melhorar como pode ser realizada a oferta de serviços. Repetir os estudos com a mesma população, bem como outras comunidades, poderia revelar as tendências de acesso em qualquer sistema de saúde.

4 REFERÊNCIAS

ADAY, L. A., & ANDERSEN, R.**Um quadro para o estudo do acesso a cuidados médicos.** A framework for thestudyofaccessto medical care. Health Services Research. 9(3), 208-220, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasilia: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, MS; 2007.

DONABEDIAN, A. **A qualidade dos cuidados médicos**. The Qualityof Medical Care. Science 200, 1978.

GAMM, L., HUTCHISON, L., DABNEY B., & DORSEY, A. **Rural healthypeople 2010:** A companiondocumenttoHealthy People 2010 (Vols. 1 & 2). The Texas A&M University System Health Science Center, Schoolof Rural Public Health, Southwest Rural Health Research Center: CollegeStation, TX.

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde.** In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

MCGLYNN, E. A., ASCH, S. M., ADAMS, J., KEESEY, J., HICKS, J., DECRISTOFARO, A. & KERR, E. A; **A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos adultos nos Estados Unidos** The quality of health care delivered to adults in the United States. New EnglandJournalof Medicine. 348(26), 2635-2645, 2003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.; **Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica.** Ciênc. saúde coletiva, 2012, vol.17, n.11, pp. 2876-2878.

SLIFKIN, R. T.; **O desenvolvimento de políticas que respondam às barreiras aos cuidados de saúde entre os moradores rurais: O que precisamos saber?** Developing policies responsivetobarrierstohealthcareamong rural residents: What do weneedtoknow? The Journalof Rural Health. 18(S), 233-241, 2002.

SOUZA, E. C. F. et al.; **Acesso e acolhimento na atenção básica:** uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEVENS, P. E.; **Quem recebe cuidados? O acesso aos cuidados de saúde como uma arena para a ação de enfermagem.** Who getscare? Access tohealthcare as an arena for nursingaction. ScholarlyInquiry for NursingPractice. 6(3), 185-200, 1992.

TAIRA, D. A., SAFRAN, D. G., SETO, T. B., ROGERS, W. H., INUI, T. S., MONTGOMERY, J., & TARLOV, A. R.; **Não avaliações do paciente de cuidados de saúde primários diferem por etnia paciente?** Do patient assessment sof primary care differ by patient ethnicity? Health Services Research. 36(6), 1059-1071, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004

ORIGENS DA RECUSA DO ALEITAMENTO MATERNO[1]

Wilkimara Cristina Soares de Oliveira[2]

RESUMO

O programa de assistência integral a saúde da mulher não deve apenas visualizar as doenças que acometem as mulheres, deve olhá-la de forma holística. A ajuda no pré-natal, o esclarecimento de dúvidas por profissionais da saúde, nesse momento de grandes mudanças, dão a mulher uma maior confiança, fazendo com quê se sinta capaz. A pesquisa identifica as origens da recusa ao aleitamento materno e como objetivos específicos buscamos os fatores que contribuem para a recusa da amamentação, mostramos a importância do aleitamento, as ações para que essa negação possa ser evitada, posicionamos a importância do trabalho do enfermeiro junto a esse problema em prol de sua resolubilidade e apontamos os benefícios mãe-filho abdicados pelo desmame precoce. Trata-se de uma pesquisa com tema Saúde da Mulher/Aleitamento Materno, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionada a todas as mulheres, independente da fase, puérpera ou não; idade; condições sócio-financeiras, com um ou mais filhos, casada ou solteira. Por tudo isso, concluímos que a recusa do aleitamento está ligada a vários fatores divergentes, e não apenas ao desconhecimento de sua importância para o desenvolvimento da criança, mas como também ao medo de não conseguir realizar a técnica corretamente, não satisfazendo assim a necessidade do bebê. Dentro disso o profissional, enfermeiro, tem suma importância em estar ajudando essa mãe e família, esclarecendo suas dúvidas e ensinando-a a técnica certa, promovendo dessa forma um aleitamento materno produtivo.

PALAVRAS-CHAVE: Recusa. Aleitamento Materno. Enfermagem.

ABSTRACT

The women's health integral assistance program should not only show the diseases that affect women, must look at it holistically. The prenatal assistance, the clarification of doubts by health professionals, in this moment of great changes, give women greater confidence, making them feel capable. The research identifies the origins of refusal to breastfeeding and how specific objectives we seek the factors that contribute to the refusal of breastfeeding, showed the importance of breastfeeding, the actions for this denial can be avoided, we positioned the importance of the work of nurses with this problem for its resolution and point the mother-to-child abdicates benefits for early weaning. This is a survey of women's health theme/Breastfeeding, by references, exploratory, with a qualitative approach, with secondary data collection, directed to all women, regardless of the stage, who has recently given birth or not; age; socio-financial conditions, with one or more children, married or single. For all these reasons, we conclude that the refusal of breastfeeding is linked to several different factors, and not just the ignorance of their importance for the child's development, but also the fear of not being able to perform the technique properly, thus satisfying the need of the baby. Within this professional, nurse, has the utmost importance in helping this mother and

---

[1]Artigo de Iniciação Científica do Curso de Graduação em Enfermagem - MULTIVIX- Nova Venécia.

[2]Acadêmica do 6° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia - MULTIVIX- Nova Venécia.

family, clarifying their doubts and teaching her the right technique, thus promoting a productive breastfeeding.

KEYWORDS: Refusal. Breastfeeding. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O programa de assistência integral a saúde da mulher não deve apenas visualizar as doenças que acometem as mulheres, ele deve olhar a mulher como um todo, em seu contexto de vida. A ajuda no pré-natal, o esclarecimento de dúvidas, por profissionais da saúde, nesse momento de grandes mudanças dão a mulher uma maior confiança, faz com ela se sinta capaz, mais forte.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DAS MAMAS

As mamas são glândulas que se desenvolvem durante a gestação e amamentação. Na base da mama existe um entorno de 18 a 20 tecidos glandulares semelhantes a cachos de uva, onde ocorre a produção do leite (MURTA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), as mamas são órgãos pares, situadas na parede anterior do tórax, sobre os músculos Grande Peitoral. Externamente, cada mama, na sua região central, apresenta uma aréola e uma papila. Na papila mamária exteriorizam-se 15 a 20 orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionantes, que são os lobos mamários. A mama é dividida em 15 a 20 lobos mamários independentes, separados por tecido fibroso, de forma que cada um tem a sua via de drenagem, que converge para a papila, através do sistema ductal.

2.2 LEITE MATERNO

O leite materno é a substância produzida pelas glândulas mamárias das mulheres, para que elas possam alimentar seus bebês. Ele contém tudo o que é necessário para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Consiste em uma rica fonte de nutrientes, proteínas, gorduras, vitaminas, etc.

Em termos nutricionais, o leite materno é considerado a única referência dietética para lactentes com menos de seis meses de idade (Gibney; Elia; Ljungqvist; Dowsett, 2007).
De acordo com a Cartilha Saúde da Criança: nutrição infantil (2009), apesar de a alimentação variar enormemente, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do

mundo. Apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto.

2.3 IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

Segundo a Unicef (2008), as recomendações da Organização Mundial da Saúde são: as crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, ou seja, até essa idade, o

bebê deve tomar apenas leite materno e não deve dar–se nenhum outro alimento complementar ou bebida.

A partir dos seis meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os dois anos de idade.

A importância do aleitamento já é bastante conhecida. E ele não traz apenas benefícios para o bebê como também, traz vantagens para as mães e para a família.

2.4 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno tanto para o bebê quanto para a mãe e para a família. Citaremos algumas delas a seguir.

2.4.1 Vantagens para o bebê

- É composto por todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento do mesmo, nos primeiros seis meses de vida;
- Previne no bebê otites, alergias, vômitos, meningites, pneumonias, infecções em geral (respiratórias, urinarias, etc.), desnutrição crônica, entre outras;
- É de fácil digestão;
- Aumenta o apetite e melhora o funcionamento do intestino;
- Estimula o crescimento harmonioso da face;
- Amadurecimento dos lábios, língua, mandíbula, bochechas e dos músculos da face;
- Adequado desenvolvimento dos OFA's (órgão fono-articulatorios- lábios, língua, dentes, bochechas, palatos duro e mole, úvula palatina);
- Favorece a respiração nasal;
- Estabelecimento de ritmo respiração/sucção/deglutição;
- Desenvolvimento psicomotor, social e mental;
- Desenvolvimento da linguagem;
- A longo prazo, ajuda na prevenção de diabetes e de linfomas;
- Entre outros.

2.3.2 Vantagens para as mães

- Fortalece o vínculo afetivo mãe-bebê;
- Ajuda no retorno ao tamanho normal do útero;
- Diminui o risco de anemia após o parto;
- Ajuda na perda de peso e recuperação da forma física;
- Reduz a probabilidade de câncer de mama, ovário ou de útero;
- Reduz o risco de diabetes;
- É um método natural para o planejamento familiar, desde que seja exclusivo nos seis primeiros meses;
- Diminui o sangramento, que ocorre após o parto;
- Entre outros.

2.3.3 Vantagens para a família

- Economia, não tem nenhum custo financeiro;
- Praticidade;
- Temperatura ideal;

- Não é necessário esterilizar bicos e mamadeiras;
- Não é necessário nenhum preparo antes do consumo, já vem pronto;
- É higiênico;
- Entre outros.

2.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PRÁTICA DA LACTAÇÃO

Várias são as dificuldades interpostas quando se fala em amamentação exclusiva de leite materno. Um estudo realizado com algumas mamães pela professora da UEPA Rosa de Fátima, apontou algumas dessas dificuldades como o retorno ao trabalho, as atividades cotidianas; pressão sobre o ter que amamentar, tornando esse momento de tanto carinho tenso e cheio de preocupações; influência de mitos e crenças, como por exemplo, de que o leite não satisfaz o bebê; dificuldades na pega ou na posição; fissuras; mamilo plano; ingurgitamento mamário; dor; mastite, entre outras.

2.6 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

É fundamental a realização da promoção ao aleitamento materno por profissionais de saúde, tanto durante o pré-natal quanto no acompanhamento puerperal. Essa ação fará com que aumente as expectativas de uma amamentação exclusiva nos seis primeiros meses, sem a implementação de alimentos e bebidas. É através desse ato, que as mães tiraram suas dúvidas e aprenderam como amamentar, as posições, como cuidar das mamas, etc..

Em estudo realizado por Silva (2000), demonstra-se que apenas a promoção por meio de informações e práticas educativas já não são mais estratégias suficientes para uma motivação ao aleitamento. Deste modo, o enfermeiro deve expandir sua atuação além das questões fisiológicas da amamentação, buscando aproximar-se e aclarar junto à mulher as suas percepções acerca do aleitamento materno possibilitando a compreensão da mulher em amamentar realizando uma assistência holística e integral.

Vendo que a atuação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, não cabe mais apenas em ter conhecimentos científicos, mas sim em saber interagir com a população, passando-lhe confiança para que ela possa assim apresentar seus sentimentos, deixando com que o profissional a ajude e preste os cuidados essenciais para uma futura amamentação adequada e sem maiores problemas.

3 METODOLOGIA

Para produção do trabalho apresentado foi utilizado o método de revisão bibliográfica de cunho exploratório e abordagem qualitativa.

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”.

A pesquisa exploratória tem como um dos principais objetivos proporcionar maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

4 CONCLUSÃO

Mediante o trabalho apresentado, concluiu-se que a recusa ao aleitamento tem muitos pontos de justificativas, dentre elas não apenas a falta de conhecimento no que se diz respeito, mas dificuldades de conseguir equilibrar a nova responsabilidade com as atividades cotidianas.

Ainda no mesmo, nota-se que o papel do enfermeiro tem fundamental importância, pois através de seu conhecimento, que ele poderá ajudar a mãe a amamentar seu filho, não deixando assim que ele perca as vantagens de ter uma amamentação correta. Isso ocorrerá por meio da promoção ao aleitamento, onde o profissional ensinará as técnicas corretas para a sucção, tirará as dúvidas relacionadas a essa prática, mostrará a mãe como fazer para administrar essa nova rotina, entre outras ações.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno.** 2 ed., revisada, Brasília, 2007<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/albam.pdf> Acesso em: 18 Set. 2013.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

GIBNEY, M.J; ELIA, M.; LJUNGQVIST, O.; DOWSETT, J. **Nutrição clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno,** edição Revista. 2008. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf> Acesso em: 18 Set. 2013

MARQUES, Rosa de Fátima da Silva Vieira. **Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.** Revista Paraense de Medicina. Belém, 2008. Disponível em:< http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072008000100008&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 18 Set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Benefícios do aleitamento materno.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33806> Acesso em: 18 Set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **Falando sobre câncer de mama**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 18 Set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar, Brasília, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf> Acesso em: 18 Set. 2013.

MURTA, G. F. **Saberes e práticas**: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 5 ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

PAULINO, I; BEDIN, L. P.; PAULINO, L. V. **Estratégia saúde da familia.** São Paulo: Ícone, 2009.

SILVA, I.A. **Enfermagem e aleitamento materno**: combinando práticas seculares. Revista Escola de Enfermagem. USP. São Paulo. SP, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07.pdf >. Acesso em: 18 Set. 2013.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO COMBATE A DENGUE[1]

Aline Regiani Miguel[2]

Deisielli Nienke Lenke[3]

RESUMO

A saúde pública é a disciplina que trata da proteção da saúde a nível populacional e neste sentido, procura melhorar as condições de saúde das comunidades, através da promoção de estilos de vida saudáveis, das campanhas de sensibilização, da educação e da investigação. Segundo o Ministério da Saúde, a dengue é uma doença infecciosa aguda transmitida ao homem pelo mosquito Aedes Aegypti, que quase sempre põe seus ovos em locais com água parada e limpa. Não tem tratamento especifico, recomenda-se ficar de cama e usar medicamentos contra dor e febre, deve-se ingerir muito liquido e não usar remédios que contenham ácido acetil sacílico. O trabalho evidencia a importância do enfermeiro no combate a dengue, identifica o transmissor da doença, lista os métodos de prevenção da dengue e os sinais clínicos. Trata-se de uma pesquisa com o tema Saúde Pública/Dengue, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a amostra pesquisada que são os enfermeiros no trabalho de combate a dengue. Concluímos que os enfermeiros são de extrema importância no combate a dengue pois fazem promoção e prevenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Dengue. Enfermagem.Importância

ABSTRACT

Public health is the science of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts. This includes work on a whole range of policy areas. According to Ministério da Saúde dengue fever is an infectiondisease of the tropics transmitted by the midge *aedes aegypti* and characterized by rash and aching head and joints. There is no treatment, it is recommended to drink liquids and highly unadvised to take any medicine which active ingredient isacetylsalicylic *acid.*This work aims to present the importance of the public health professional in combating dengue. This is a bibliographic and exploratory research about public health and dengue fever with a qualitative analysis.

KEYWORDS: Dengue fever. Nursing. Importance

---

[1]Atigo de Iniciação Cientifica de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem-MULTIVIX-Nova Venécia.

[2]Acadêmica do 5° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

[3] Acadêmica do 6° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública é a disciplina que trata da proteção da saúde a nível populacional. Neste sentido, procura melhorar as condições de saúde das comunidades através da promoção de estilos de vida saudáveis, das campanhas de sensibilização, da educação e da investigação.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a dengue é uma doença infecciosa aguda transmitida ao homem pelo mosquito Aedes Aegypti, que quase sempre põe seus ovos em locais com água parada e limpa. Não tem tratamento especifico, recomenda-se ficar de cama e usar medicamentos contra dor e febre, deve-se ingerir muito liquido e não usar remédios que contenham ácido acetilsacílico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DENGUE

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a dengue é uma doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresente. A primeira manifestação do Dengue e a febre, geralmente alta (39°C a 40°C), de início abrupto, associada à cefaléia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retro orbitaria, com presença ou não de exantema e/ou prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarréia podem ser observados por 2 a 6 dias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a dengue é, hoje, a mais importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui-se em sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do Aedes aegypti, principal mosquito vetor.

2.2 AGENTE ETIOLÓGICO

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o vírus da dengue é um arbovírus do gênero Flavivírus, pertencente à família Flaviviridae. São conhecidos quatro sorotipos: 1, 2, 3 e 4.

2.3 VETOR

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o Aedes aegypti é um mosquito doméstico, e alimenta-se de seiva de plantas, somente a fêmea transmite a doença, quando pica o homem em busca de sangue para madurecer seus ovos. O mosquito vive em torno de 30 dias e são encontrados em locais de grande concentração humana, dentro de casas, sobre mesas, cadeiras, armários etc. O hábito cultural das populações de classe mais elevada também mantém no ambiente doméstico, ou próximo a este, muitos criadouros do Aedes aegypti, mas que têm diferentes utilidades, pois, em geral, são destinados á ornamentação (vasos de plantas com água) ou tanques para armazenamento de água tratada sem tampas.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), assim, os contrastes que resultam da organização social dos espaços urbanos modernos favorecem a proliferação dos mosquitos transmissores da dengue tanto por fatores ligados ao conforto, bem estar, e suposta segurança, como por outros associados as suas mazelas expressos em grandes adensamentos populacionais, violência, precariedade de infraestrutura de saneamento, produção desenfreada e disposição no meio ambiente de recipientes descartáveis e pneus, dentre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), os mosquitos adultos não apresentam grande dispersão, os machos costumam permanecer próximos aos criadouros, onde ocorre o acasalamento. As fêmeas

apresentam hábitos diurnos, apresentando de dois a três ciclos gonotróficos durante a vida e podem por aproximadamente de 100 a 200 ovos por vez.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), após a eclosão, os ovos passam por quatro estágios larvais e a fase final de desenvolvimento aquático é representada pelas pupas. Em condições ótimas, acredita-se que o período larvário pode completar-se em 5 dias, ou estender-se por semanas, em condições inadequadas.

Os ovos não são postos na água, e sim, milímetros acima da superfície, quando chove, o nível da água sobe, entra em contato com os ovos que eclodem em pouco tempo, os ovos são extremamente resistentes, podendo sobreviver vários meses até que a chegada de água propicia a incubação. Uma vez imersos, os ovos desenvolvem-se rapidamente em larvas, que dão origem ás pupas, das quais surge o adulto (BRASIL, 2010).

2.4 MODO DE TRANSMISSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a transmissão se faz pela picada do Aedes aegypti, no ciclo homem – Aedes aegypti – homem. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito fica apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação.

A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro suscetível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem de fontes de agua ou alimento.

2.5 PERIODO DE INCUBAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), varia de 3 a 15 dias, sendo, em media, de 5 a 6 dias.

2.6 PERIDO DE TRANSMISSIBILIDADE

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a transmissão ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do homem (período de viremia). Este período começa um dia antes do aparecimento de febre e vai ate o 6º dia da doença.

2.7 SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga). Entretanto, a imunidade cruzada (heteróloga) existe temporariamente. A fisiopatologia da resposta imunológica a infecção aguda por dengue pode ser primária e secundária. A resposta primária se dá em pessoas não expostas anteriormente ao flavivírus e o título de anticorpos se eleva lentamente. A resposta secundária se dá em pessoas com infecção aguda por dengue, mas que tiverem infecção prévia por flavivírus e o título de anticorpos se eleva rapidamente em níveis bastante altos. A suscetibilidade em relação à Febre Hemorragica da Dengue (FHD) não está totalmente esclarecida.

2.8 SINTOMAS

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), de acordo com o Ministério da Saúde (2010), as manifestações hemorrágicas, como epistaxe, petequias, gengivorragia, metrorragia, hematemese, melena, hematúria e outras, bem como a plaquetopenia, podem ser observadas em todas as apresentações clínicas de dengue. Alguns pacientes podem evoluir para formas graves da doença e passam a apresentar sinais de alarme da dengue, principalmente quando a febre cede, precedendo manifestações hemorrágicas mais graves.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), é importante ressaltar que o fator determinante nos casos graves de dengue e o extravasamento plasmático, que pode ser expresso por meio da hemoconcentração, hipoalbuminemia e/ou derrames cavitários.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a infecção por dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde infecções inaparentes até quadros de hemorragia e choque, podendo evoluir para o êxito letal.

2.8.1 Dengue clássica

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), na apresentação clássica, a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39ºC a 40ºC), de início abrupto, associada à cefaléia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retro orbitária, o exantema clássico, presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas de pés e mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre.

2.8.2 Febre hemorrágica da dengue

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), as manifestações clinicas iniciais da dengue hemorrágica são as mesma descritas nas formas clássicas de dengue. Entre o terceiro e o sétimo dia do inicio da doença, quando da defervescência da febre, surgem sinais e sintomas como vômitos importantes, dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite), que alarmam a possibilidade de evolução do paciente para forma hemorragia da doença. Em geral, esses sinais de alarme precedem as manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (prova do laço positivo) e os sinais de insuficiência circulatória, que podem existir na FHD. O paciente pode evoluir em seguida para instabilidade hemodinâmica, com hipotensão arterial, taquisfigmia e choque.

2.8.3 Dengue com complicações

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), é todo caso grave que não se enquadra nos critérios da OMS de FHD e quando a classificação de dengue clássica é insatisfatória.

Nessa situação, a presença de um dos achados a seguir caracteriza o quadro: alterações graves do sistema nervoso; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepática; plaquetopenia igual ou inferior a 50.000/mm³; hemorragia digestiva; derrames cavitários; leucometria global igual ou inferior a 1.000/mm³; óbito.

Manifestações clinicas do sistema nervoso, presentes tanto em adultos como em crianças, incluem: delírio, sonolência, coma depressão, irritabilidade, psicose, demência, amnésia, sinais meníngeos, paresias, paralisias, polineuropatias, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré e encefalite. Podem surgir no decorrer do período febril ou mais tardiamente, na convalescença.

2.9 PREVENÇÃO

Segundo Teixeira; Barreto e Guerra (1999), os desafios para a prevenção das infecções causadas pelo vírus da dengue são complexo visto ainda ser centrada na eliminação do seu principal transmissor, o Aedes aegypti, que até os dias atuais se constitui no único elo vulnerável da cadeia epidemiológica. As ações de combate ao Aedes aegypti, estão centradas em duas estratégias, controle ou erradicação, que se diferenciam quanto ás suas metas, o que implica em distintas extensões de cobertura, estrutura e organização operacional. Entretanto, ambas incluem três componentes básicos: saneamento do meio ambiente; ações de educação, comunicação e informação; combate direto ao vetor, químico, físico e biológico (TEIXEIRA; BARRETO E GUERRA, 1999).

De acordo com Teixeira, Maria da Gloria e Salvador (2000), o combate físico e químico ao vetor inclui:

Tratamento focal que é a eliminação das formas imaturas do Aedes aegypti, por meio de aplicação de larvicidas nos recipientes de uso doméstico que não podem ser destruídos, eliminados, ou tratados por outras formas e a flambagem da parede de recipientes não elimináveis que contém ovos deste vetor, em focos estratégicos;

Tratamento Peri focal, que é polêmico quanto a sua eficácia, por utilizar aspersão de inseticidas em torno do foco, sem ação residual e sujeita ás intempéries. A justificativa para seu uso é a eclosão do inseto adulto e seu pouso nas imediações do foco. Este procedimento é feito mediante roteadores manuais ou a motor, nas paredes internas e externas dos recipientes preferenciais para ovo posição das fêmeas do vetor, e, no seu entorno;

Aplicação especial de inseticidas a ultra baixo volume (UBV), para redução das formas aladas do Aedes aegypti. Esta técnica, só indica em situações epidêmicas, pode ser feita por aplicação no intra e peridomicílio, empregando-se equipamentos portáteis, ou nas ruas, com máquinas pulverizadoras mais pesadas montadas em veículos.

O controle biológico é baseado no uso de organismos vivos capazes de competir, eliminar ou parasitar as larvas, formas aladas do vetor (TEIXEIRA, GLORIA E SALVADOR, 2000).

Segundo Teixeira, Barreto e Guerra (1999), por não se dispor de vacina, a prevenção primária da dengue só pode realmente ser efetivada nas áreas sob risco quando a vigilância entomológica ou o combate ao vetor antecede a introdução do vírus. Quando a circulação de um ou mais sorotipos em uma região já está estabelecida, as medidas de combate ao vetor e a vigilância epidemiológica da doença têm baixa efetividade e os órgãos responsáveis pela prevenção do dengue enfrentam uma serie de dificuldades técnico-científicas e operacionais, relacionadas á complexidade epidemiológica dessa doença.

2.10 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO COMBATE A DENGUE

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a dengue é hoje uma das doenças com maior incidência no Brasil, atingindo a população de todos os estados, independentemente da classe social. Nesse cenário, torna-se imperioso que um conjunto de ações para a prevenção da doença seja intensificado, permitindo assim a identificação precoce dos casos de dengue, a tomada de decisões e a implementação de medidas de maneira oportuna, a fim de principalmente evitar óbitos. Preservar a vida humana é obrigação de todos.

A capacitação de profissionais de saúde no atendimento ao paciente com dengue é um dos principais componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) do Ministério da Saúde. Para atender a essa necessidade de treinamento, a Secretaria de Vigilância em Saúde elaborou o presente material, que visa orientar os profissionais de enfermagem, para uma identificação precoce e uma assistência adequada ao paciente com dengue (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a classificação da dengue, segundo a Organização Mundial da Saúde, na maioria das vezes é retrospectiva e depende de critérios clínicos e laboratoriais que nem sempre estão disponíveis precocemente, porém a ação sistemática e efetiva do atendimento de enfermagem permite auxiliar no reconhecimento precoce de formas potencialmente graves, que necessitam de tratamento imediato.

2.10.1 Atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de dengue

Cabe ao profissional de enfermagem coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 2008).

2.10.2 Roteiro de atendimento

2.10.2.1 Histórico de enfermagem (entrevista e exame físico)

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), são atribuições do enfermeiro:

a) Data do início dos sintomas.

b) Verificar pressão arterial, pulso, enchimento capilar, freqüência respiratória, temperatura.

c) Realizar medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal (IMC).

d) Pesquisar sinais de alarme.

e) Realizar prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas.

f) Segmento da pele: pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões e outros.

g) Segmento cabeça: observar sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntiva, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia.

h) Segmento torácico: pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico.

i) Segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez e outros.

j) Segmento neurológico: pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e depressão.

k) Sistema músculo-esquelético: pesquisar mialgias, artralgias e edemas.

l) Realizar a notificação e investigação do caso.

m) Registrar no prontuário as condutas prestadas de enfermagem.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a prova de laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico, a prova de laço e importante para triagem do paciente suspeito de dengue, pois é a única manifestação hemorrágica de FHD representando a fragilidade capilar.

2.10.2.2 Orientações aos pacientes e familiares

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), são dadas as seguintes orientações:

a) Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente em caso de aparecimento de sinais de alarme.

b) O desaparecimento da febre (entre o segundo e o sexto dia de doença) marca o início da fase crítica, razão pela qual o paciente deverá retornar para nova avaliação no primeiro dia desse período.

c) Orientar o paciente sobre o uso e importância do “Cartão de Identificação do Paciente com Dengue”.

2.11 ENFERMAGEM

Segundo Reppetto (2005), a arte de cuidar vai muito além de ser um ato, este autor afirma que o cuidar é uma atitude. E assim abrange muito mais do que um momento de zelo e atenção. Representando um ato de responsabilidade, preocupação, dedicação, tecendo um envolvimento afetivo com quem está sendo cuidado.

E através do Processo de Enfermagem que o enfermeiro poderá explicar, identificar, compreender e/ou predizer, como os pacientes podem responder à assistência prestada pelo profissional ou aos processos vitais (SANTANA et al, 2011).

A prática de enfermagem possui elementos que constituem um processo específico de trabalho. Os elementos que descrevem a prática da enfermagem são constituintes e demandam habilidades e capacidades psicomotoras (físicas), cognitivas (pensamento, raciocínio), afetivas (sentimentos, emoções e valores), contendo também conhecimento e perícia no uso das técnicas de enfermagem e liderança na implantação do plano de intervenção. São essas habilidades e capacidades que vão ajudar na determinação do que deve ser

feito, como, porque, por quem, com o quê deve ser feito e quais são os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

3 METODOLOGIA

É sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Com relação ás pesquisas, é usual a classificação com base em seus objetivos gerais. Deste modo, o tipo de pesquisa que se adéqua ao trabalho foi a exploratória.

De acordo com Oliveira (2002) a pesquisa exploratória permite a descoberta de práticas ou diretrizes que necessitam de mudanças, se estabelecendo alternativas, sendo flexível e engenhosa, permite ao pesquisador levantar dados provisórios de forma detalhada e estruturada obtendo informações necessárias.

Foi utilizada para obtenção das informações e conhecimentos precisos na coleta de dados, a técnica de pesquisa bibliográfica.

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”.

4 CONCLUSÃO

Concluímos que os enfermeiros são de extrema importância no combate a dengue, pois fazem promoção e prevenção a saúde.

No entanto a dengue ainda é um risco para a população por falta de interesse de buscar mais informações sobre essa doença, não basta somente os profissionais de saúde ou o Ministério de Saúde fazerem campanhas, palestras, trabalhos de reeducação de prevenção , as pessoas tem que cumprirem seu papel de cidadãos e fazerem valer todo o trabalho que lhes foi passado para combater a dengue.

Por ser um mosquito domestico deveria ter sido fácil sua eliminação com medidas simples não deixando água parada, acumulada para procriação do Aedes aegypti, por isso o trabalho que foi realizado para que isso não mais acontecesse, tem que ser contínuo e persistente, já que a população não busca orientação, leva se até eles.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança /4°. ed. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de Bolso/ 8. ed. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue: manual de enfermagem - adulto e criança/1. ed. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/ 2.ed. Brasília, 2008.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. IN: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, apresentado na mesa redonda **"A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência"**, Recife, 2000. Disponível em: <http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnefro/restrito/download/sistematizacaodaassistencia.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2011.

OLIVEIRA, S. L. de. Tratado de metodologia: projetos de pesquisas, TGI, monografias, dissertações e teses. **Revista Pioneira Thomson Learning**, São Paulo, 2002.

SANTANA, M. E. de *et al*. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Trabalho apresentado no 16º SENPE 2011. **Ciência da enfermagem em tempos de interdisciplinaridade,** Campo Grande, jun. 2011.

TEIXEIRA, Maria da Glória; BARRETO, Maurício Lima; GUERRA, Zouraide. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue, Brasília, dez, 1999.

TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz; Dengue e espaços intra-urbanos: dinâmica de transmissão viral e efetividade das ações de combate vetorial, Salvador, 2000.

ASSISTENCIA AO IDOSO PORTADOR DE MAL DE PARKINSON[1]

Cintia Tavares de Oliveira[2]

RESUMO

O mal de Parkinson é um distúrbio neurológico do movimento, com progressão lenta, que, eventualmente, leva à incapacidade. Segundo Brasileiro (2008) a maioria dos casos de Distúrbio Neurológicos do Movimento (DNM) acomete pessoas com idade superior a 50 anos e, principalmente pessoas do sexo masculino. O estudo avalia o atendimento domiciliar ao portador de Mal de Parkinson e busca identificar as dificuldades encontradas no tratamento do cliente. Trata-se de uma pesquisa com o tema saúde do idoso, por referencias bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a clientes portadores do DNM. Conclui-se que o cliente pode ser controlado através de medicamentos, dependendo da enfermagem para orientação familiar e acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVES: Idoso. Mal de Parkinson. Família.

ABSTRACT

Parkinson´s disease is a neurological movemente disorder, with slow progression, which eventually leads to disability, Second Brazilian (2008) most cases of Neurological Movement Disorder (MND) affects people over 50 years old and mostly males. The study evaluates the home care for patients with Parkinson`s disease and seeks to identify the difficulties encountered in the treatment of the client. This is a research topic with the health of the elderly, for bibliographic, references exploratory, qualitative approach, with secondary data collection, targeted at customers of MND patients. We conclude that the client can be controlled through medication, depending on nursing for family counseling and monitoring.

KEYWORDS: Senior. Parkinson`s disease. Family.

---

[1]Artigo de Iniciação Cientifica de acadêmica do Cursos de Graduação em Enfermagem MULTIVIX – Nova Venécia

[2]Academica do 5° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venecia - MULTIVIX – Nova Venécia.

1INTRODUÇÃO

O mal de Parkinson, afirma Brunner; Suddarth (2002) é um distúrbio neurológico do movimento, com progressão lenta, que, eventualmente, leva à incapacidade.

Segundo Brasileiro (2008) a maioria dos casos de Distúrbio Neurológicos do Movimento (DNM) acomete pessoas com idade superior a 50 anos e, principalmente pessoas do sexo masculino.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MAL DE PARKISON

Distúrbio neurológico lentamente progressivo. A incidência aumenta com a idade, cujo ponto culminante é atingido aos 75 anos. A demência ocorre em 40% a 50% dos portadores, sendo moderada a severa em 20% a 40% dos casos. Está relacionada à perda de células de substância negra (estas células produzem o neurotransmissor dopamina). Os distúrbios de memória, das capacidades, visões parciais e do pensamento abstrato dominam o quadro demencial (CARVALHO; PAPALEO, 2000; ROCH, 2003).

Segundo Murta (2009), há quatro sintomas principais que se manifestam em rigidez (quando o braço, a perna ou o pescoço são movimentados); tremor de repouso (tremor mais importante no repouso, 60% das pessoas), bradicinesia (lentidão ao iniciar o movimento, resultando em diminuição da expressão facial, mudanças nos padrões da fala, andar com pés arrastando, caligrafia com letras menores e dificuldade em fazer movimentos delicados com os dedos); perda de reflexos posturais (pouco equilíbrio e coordenação). No inicio verifica-se piscar com pouca freqüência, ausência de expressão facial e enrijecimento das extremidades.

Afirma Murta (2009), o tremor começa numa das mãos e num braço e posteriormente estende-se para a cabeça. Pode permanecer apenas num dos lados ou progredir para ambas as extremidades. Desaparece quando em movimento intencional e retorna quando fica com a extremidade estacionaria. Há um movimento de girar alfinete do dedo polegar contra os dedos. A rigidez e o enrijecimento muscular levam á marcha característica e à perda de expressão facial. O andar é classificado de “arrastando os pés”. O movimento ocorre numa série de passos minúsculos arrastados, com a cabeça inclinada para frente. O braço tem uma perda do movimento normal.

Segundo Murta (2009, p. 542) “os problemas com o movimento e o andar aumentam o risco de queda. O rosto parece uma mascar devido ao movimento limitado dos músculos faciais e da pouca freqüência do ato de piscar”.

Ainda há salivação que leva a pessoa a babar, constipação, incontinência urinaria e função sexual diminuída. A fala torna-se lenta, monótona e difícil. Há disfagia e não consegue vestir-se e alimentar-se sozinho. A depressão é comum (CALDAS, 1998; CARVALHO; PAPALEO, 2000; ROACH, 2003).

O diagnostico é clinico. O tratamento visa aliviar os sintomas e ajudar a manter a mobilidade e a capacidade de funcionar o Máximo possível. São usadas drogas em combinação e levodopa-carbidopa. A fisioterapia e a terapia ocupacional são também indicadas. Necessitam de assistência para a movimentação, evitar lesões auxilio no auto cuidar-se (CALDAS, 1998; ROACH, 2003).

O efeito da doença de Parkisnson sobre os gânglios da base produz frequentemente sintomas, que incluem sudorese excessiva e não controlada, rubor facial paroxístico, hipotensão ortostática, retenção gástrica e urinaria, constipação intestinal e disfunção sexual. As alterações psiquiátricas estão com frequência inter-relacionadas e podem se predizer mutuamente. Elas incluem depressão, demência (deterioração mental progressiva), distúrbios do sono e alucinações (PRESS, 2004). A depressão é comum; não se tem certeza se ela é uma reação ao transtorno ou se está relacionada a

uma anormalidade bioquímica. As alterações mentais podem aparecer sob forma de déficits cognitivos, perceptíveis e de memória, embora o intelecto geralmente não seja afetado.

Algumas manifestações psiquiátricas (alterações de personalidade, psicose, demência e confusão mental aguda) são comuns em pacientes idosos que apresentam doença de Parkinson. A prevalência da demência está entre 40 e 70% e o padrão é semelhante aquele de pacientes com doença de Alzheimer (PRESS, 2004).

Aproximadamente 75% dos pacientes com doença de Parkinson apresentam distúrbios do sono (BADER; LITTLEJOHNS, 2004). Isso pode estar relacionado á depressão, á demência ou a manifestações. Alucinações auditivas e visuais foram relatadas em aproximadamente 37% das pessoas portadoras de doença Parkinson e podem se associar a depressão, demência, privação de sono ou efeitos adversos de medicações.

2.2 DIFICULDADES NO LIDAR COM O CLIENTE

Segundo Brasileiro (2008), o enfermeiro possui um papel importante na orientação da comunidade através de palestras e construção de materiais de divulgação a respeito do DNM a fim de esclarecer as pessoas em torno das possíveis causas relacionadas ao uso crônico de medicamentos antipsicóticos.

A atuação da enfermagem visa também orientar aos familiares dos portadores de DNM a respeito dos cuidados com a depressão, a higiene e comunicação verbal comprometida (BRASILEIRO, 2008).

A instrução dos pacientes e de seus familiares é importante para o tratamento da doença de Parkinson. As necessidades de instrução dependem da gravidade dos sintomas e do estagio da doença. Deve-se tomar cuidado para não sobrecarregar o paciente e sua família com o excesso de informações, logo ao inicio do processo mórbido. A necessidade de informações do paciente e seus familiares é continua, na medida em que adaptações se tornem necessárias.O plano de instrução deve incluir uma explicação clara da doença e o objetivo de ajudar o paciente a permanecer funcionalmente independente enquanto isso for possível. Faz-se todo o esforço possível para explicar a natureza da doença e seu tratamento, para combater ansiedade e temores incapacitantes. Deve-se instruir o paciente e seus familiares quanto aos efeitos terapêuticos e efeitos colaterais das medicações, bem como sobre a importância de relatar ao medico os efeitos colaterais.

O hábito de caminhar diariamente em horários fixos e regulares, fazer jardinagem, yoga, exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular são essenciais na manutenção da flexibilidade das articulações (BRASILEIRO, 2008).

Segundo Brasileiro (2008, p.12), a postura ereta deve ser trabalhada, pois o paciente com DNM tende a pender a cabeça para frente.

> "Um problema que deve ser abordado é a constipação intestinal devido à fraqueza dos músculos utilizados na defecação, a ingesta hídrica inadequada e a diminuição na atividade do sistema nervoso autônomo. Portanto, a atividade física regular garante, pelo menos em parte, a mobilidade intestinal reduzindo a constipação" (BRASILEIRO, 2008, p. 12).

Afirma Brasileiro (2008), com a mobilidade comprometida, os familiares tendem a levar o alimento à boca do parkinsoniano. É importante que ele mesmo faça esse movimento, embora possa demorar para se alimentar. Uma colher adaptada e uma bandeja aquecida auxiliam o paciente no movimento da refeição.

Os pacientes devem ser incentivados a se manterem ativos, participando de grupo de apoio, oficinas de socialização, evitando assim o isolamento e a depressão. As necessidades humanas básicas, principalmente as fisiológicas, de auto-estima e de auto-realização devem ser assistidas pelo enfermeiro no momento do cuidado domiciliar ou hospitalar .

O déficit de auto cuidado deve ser trabalhado junto com o paciente para que haja a conscientização de que o sucesso no tratamento depende muito dele e que o uso regular do medicamento auxilia na manutenção da qualidade de vida.

O encaminhamento a um fisioterapeuta é uma das medidas a serem tomadas pelo enfermeiro, pois a fisioterapia será de grande utilidade para controlar os distúrbios da marcha e do equilíbrio postural. Os pacientes parkinsonianos são mais lentos para reagir aos perigos ambientais levando a quedas.

2.3 TRATAMENTO MÉDICO.

O tratamento é dirigido ao controle dos sintomas e á manutenção da independência, porque nenhumas das abordagens clínicas ou cirúrgicas existentes atualmente, impedem a progressão da doença. O cuidado é individualizado para cada paciente com base nos sintomas iniciais e nas necessidades sociais, ocupacionais e emocionais do paciente. O tratamento farmacológico é o pilar do tratamento, embora avanços na pesquisa tenham ocasionado mais opções cirúrgicas. Os pacientes geralmente são cuidados em casa e são admitidos em um hospital unicamente devido a complicações e/ou para o inicio de novos tratamentos.

As medicações antiparkinsonians agem: (1) no aumento da atividade dopaminérgica estriada: (2) reduzindo a influência excessiva dos neurônios colinérgicos excitatórios sobre o trato extrapiramidal, restaurando assim o equilíbrio entre as atividades dopaminérgicas e as colinérgicas; ou (3) sobre vias neurotransmissoras que não a via dopaminérgicas.

A levodopa (Larodopa) é a droga mais eficaz e o pilar do tratamento. A levodopa é convertida em dopamina nos gânglios da base produzindo o alivio dos sintomas. Os efeitos benéficos da levodopa são mais acentuados nos primeiros anos do tratamento. Os benefícios começam a diminuir e os efeitos adversos tornando-se mais alterações do sono se associam ao uso prolongado. A levodopa é geralmente administrada em combinação á carbidopa (Sinemet) , um inibidor de efeito benéficos da levodopa por impedir sua decomposição fora do cérebro e reduzir seus efeitos adversos.

Dentro de 5 a 10 anos, muitos pacientes apresentam uma resposta a medicação que se caracteriza por discinesia (movimentos involuntários anormaisa), incluindo caretas, movimentos espontâneos rítmicos das mãos, oscilações da cabeça, movimentos de mastigar e de estalar os labios e movimentos involuntários das mãos e das extremidades. O paciente pode apresentar uma síndrome de ligar/desligar, em que período súbito de imobilidade praticamente total (“efeito de desligar”) são seguidos de um súbito retorno da eficácia da medicação (“efeito de ligar”). Diversas terapias adjuvantes são usadas para reduzir a um mínimo as discinesias. Outra complicação potencial do uso prolongado de medicações dopaminérgicas é a síndrome neuroléptica maligna, que se caracteriza por rigidez grave, torpor e hipertermia.

O cloridatro de amantadina (Symmetrel) é uma droga antiviral usada no tratamento da doenças de Parkinson inicial para reduzir a rigidez, o tremor, a bradicinesia e as alterações posturais, segundo Bader & Littlejohns (2004). Parece agir liberando dopamina a partir de locais de armazenamento neuronais, mas não se conhece o mecanismo exato dessa liberação; a droga pode ter propriedades antiglutamatérgicas que afetam as vias glutamatergicas, melhorando assim as discinesias induzida pela levodopa. O cloridrato de amantadina tem baixa incidência de efeitos colaterais, que incluem distúrbios psiquiátricos (alterações do humor, confusão mental,depressão, alucinações), edema das extremidades inferiores, náuseas, mal-estar epigástrico, retenção urinaria, cefaléia e alterações visuais

3. METODOLOGIA

É sábido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério com relação às pesquisas, é usual a classificação com seus objetivos gerais. Deste modo, o tipo de pesquisa que se adéqua ao trabalho é a exploratória.

Neste sentido Andrade (2001, p.177) informa:

> Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho cientifico. São finalidade da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho;definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente.Através das pesquisas exploratórias avalia-se a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa sobre determinado assunto.

Já na concepção de Cervo e Bervian (2002, p. 69) "A pesquisa exploratória realiza descrições precisa da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma".

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se, pois, podem-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definido e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, utilizamos como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p.44) "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos".

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65). "a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicadas em documento".

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudo.

Portanto, devem-se definir as fontes utilizadas podendo assim favorecer o melhor entendimento e a busca de melhor desenvolvimento das informações que se resulta em dados para as pesquisas. No que cerne o presente projeto utiliza-se fontes secundárias.

Andrade (2001, p. 43) corrobora descrevendo que as fontes secundárias têm como referencias determinadas fontes primarias, ou seja, "são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primarias e assim constituem-se em fontes de pesquisas bibliográficas".

A mesma será utilizada por interesse em adquirir informações em grande abrangência, sendo que a primeira o uso de leis e jurisprudência e a secundaria o uso da doutrina.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que muitos homens são susceptíveis a desenvolver o Disturbio Neurologico do Movimento, em especial após 50 anos. Que a patologia, além de interferir nos movimentos, interfere

ainda no lado emocional, ficando os clientes sem paciência e depressivos. É fundamental o apoio e os cuidados familiares, sendo necessário a presença de profissionais da saúde, tais como fisioterapeuta, psicólogo, médico e o enfermeiro, para que o cliente de Parkinson possa ser convenientemente assistido em sua totalidade

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASILEIRO, Marislei. **Enfermagem na saúde do idoso**. 3 ex. Goiania: AB, 2005.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MURTA, Genilda.F.**Sabedoria e praticas:guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 5. ed atual.São Caetano do Sul,SP:Difusão Editora,2009.

BRUNNER & SUDDART, **tratado de enfermagem medico-cirurgico**/[editores] Suzanne C.Smeltzer...[et al.]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz,Ivone Evangelista Cabral ; tradução Fernando Diniz Mundial,Jose Eduardo Ferreira de Figueiredo]. –Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009.4v.:Il.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA[1]

Elisangela Surlo [2]
Jacieli Dos Santos Costa [2]
Janaina Bernabé [2]

RESUMO

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos e não apenas ausência da doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem-se fazê-lo. Para que haja um planejamento familiar estruturada e respeitada pela família, é importante também modificar as ideias da população sobre os conceitos dos métodos contracepção e aconselhar sobre o uso correto. Sendo que à única forma de diminuir ou prevenir é fazendo que os profissionais da saúde se empenhem em informar aos usuários a importância das consultas de enfermagem e a consulta médica com exames e dos métodos contraceptivos. O artigo analisa a atuação do enfermeiro diante da contracepção na adolescência e busca construir uma atenção integral à Saúde dos adolescentes. Concluímos que a anticoncepção de emergência, também conhecida como "pílula do dia seguinte", é um método contraceptivo importante para a prevenção de gravidez indesejada decorrente da violência sexual, relações sexuais desprotegidas ou uma falha na anticoncepção de rotina. Esse método não é muito conhecido pelos jovens e adolescentes devido à falta de orientação, por isso o papel do enfermeiro torna-se fundamental para o esclarecimento de dúvidas e na orientação sobre esse tipo de anticoncepção.

PALAVRAS-CHAVES: Adolescência. Contracepção. Aconselhamento.

ABSTRACT

At the International Conference on Population and Development, reproductive health was defined as a state of complete physical, mental and social well -being in all matters pertaining to the reproductive system, its functions and processes and not merely the absence of disease or infirmity. Reproductive health therefore implies that the person can have a safe and satisfying sex life, having the capability to reproduce and the freedom to decide when and how often it should do it. So there is a structured family planning and respected by his family, it is important to also modify the ideas of population on the concepts of contraception methods and advise on the correct use. Being that the only way to reduce or prevent it doing that health professionals will endeavor to inform users of the importance of nursing visits and consultation with medical exams and contraception. The article analyzes the performance of nurses on contraception in adolescence and seeks to build a comprehensive health care of adolescents. We conclude that emergency contraception, also known as "morning after pill", is an important result for the prevention of sexual violence, unprotected sex or failed contraception unwanted pregnancy routine contraceptive method. This method is not widely known by youth and adolescents due to lack of guidance, so the nurse's role becomes crucial to clarify questions and guidance on this type of contraception.

KEYWORDS: Adolescence. Contraception. Counseling.

[1] Artigo de Iniciação Cientifica de acadêmicas do Curso de Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia.

[2] Acadêmicas do 6 º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX-Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Mediante reflexão do tema proposto: Saúde da Mulher/ Planejamento Familiar segundo (BRASIL, 2006) em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos e não apenas ausência da doença ou enfermidade.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem-se fazê-lo. Para que haja um planejamento familiar estruturada e respeitada pela família, é importante também modificar as ideias da população sobre os conceitos dos métodos contracepção e aconselhar sobre o uso correto.

Sendo que à única forma de diminuir ou prevenir é fazendo que os profissionais da saúde se empenhem em informar aos usuários a importância das consultas de enfermagem e a consulta médica com exames e dos métodos contraceptivos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA

Adolescentes e Jovens tem direito a ter atendimento sem discriminação, de qualquer tipo, com garantia de privacidade e segredo: Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual. Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

2.2 OS MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO

2.2.1 Preservativo masculino e feminino

Até o momento não existe cura e nem vacina para AIDS, por isso o melhor mesmo é se prevenir sempre, usando a camisinha masculina e feminina em todas as relações.

Qualquer pessoa pode se contaminar com o HIV. Lembre-se de que não dá para saber quem está contaminado com o HIV/AIDS ou com outras DST's só olhando para a pessoa, ou porque conhece a pessoa há muito tempo.
De acordo com (BRASIL, 2010), deve-se existir cuidados especiais com o preservativo, alguns aspectos são importantes como:

- Guardar o preservativo em local seco e fresco.
- Não carregar o preservativo permanentemente na carteira, no bolso da calça, na agenda, onde o calor e os movimentos podem rasgar o envelope ou ressecá-lo.
- Não abrir a embalagem com os dentes, unha ou tesoura, a embalagem já vem picotada nas laterais para facilitar sua abertura.
- Não usar lubrificantes oleosos, como vaselina ou manteiga.
- Nunca se devem usar dois preservativos ao mesmo tempo, nem masculina com feminina, pois o risco de rompimento é maior.
- Verificar o prazo de validade do preservativo.
- Antes de usar, verificar se a embalagem não está furada.

2.2.2 Pílula anticoncepcional

O melhor método para uma pessoa usar é aquela que a deixa confortável e que melhor, se adapta ao seu modo de vida e a sua condição de Saúde. As pílulas e Injeções não protegem de DST\HIV\AIDS. Use sempre preservativo. As pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação (BRASIL, 2010).

A pílula deve ser tomada todos os dias, de preferência no mesmo horário. Não há necessidade de fazer "pausas" para descanso, porque as pílulas não ficam acumuladas no organismo. A fertilidade da mulher retorna logo após ela ter parado de tomar a pílula. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorrer sintomas como enjoos, vômitos, sangramento ou manchas de sangue entre as menstruações, falta da menstruação, aumento de peso, dor de cabeça leve, tonteira, dor nas mamas, mudanças de humor (BRASIL, 2010).

2.2.3 DIU

É um pequeno objeto de plástico, que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio, colocado no interior do útero para evitar a gravidez, não provoca aborto, porque atua antes da fecundação. O DIU recoberto com cobre age inativando ou matando os espermatozoides, impedindo o encontro dos espermatozoides com o óvulo (BRASIL, 2010).

A fertilidade da mulher retorna logo após a retirada do DIU. A colocação do DIU no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado. É um método muito eficaz. O DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual (BRASIL, 2010).

A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa (BRASIL, 2010).

O DIU não é indicado para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010).

2.2.4 Diafragma

É uma capa flexível de borracha ou de silicone, com uma borda em forma de anel, que é colocada na vagina para cobrir o colo do útero. Evita a gravidez impedindo a entrada dos espermatozoides dentro do útero (BRASIL, 2010).

O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina. Pode ser colocados minutos ou horas antes da relação sexual. Quando a mulher está bem orientada, a colocação do diafragma é tão simples quanto a de uma lente de contato e não dói (BRASIL, 2010).

O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, que é o tempo suficiente para que os espermatozoides que ficaram na vagina morram (BRASIL, 2010).
Imediatamente depois de retirar o diafragma, deve-se lavá-lo com água e sabão neutro, secá-lo bem com um pano macio e guardá-lo em um estojo, em lugar seco e fresco, não exposto à luz do sol. Não

se deve polvilhar o diafragma com talcos, pois possa danificá-lo ou causarem irritação na vagina ou no colo do útero (BRASIL, 2010).

2.2.5 Anticoncepcionais Injetáveis

Injeções anticoncepcionais são feitas de hormônios parecidos com os hormônios produzidos pelos ovários da mulher, o estrogênio e a progesterona. Agem impedindo a ovulação. Também atua dificultando a passagem dos espermatozoides para o interior do útero. Existem dois tipos de injeção anticoncepcional: a injeção aplicada uma vez por mês, que é a injeção mensal, e a injeção aplicada de três em três meses, que é a injeção trimestral. São muito eficazes quando usadas corretamente. (BRASIL, 2010).

2.2.6 Anticoncepção de Emergência

A anticoncepção de emergência é um método utilizado para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida. A pílula anticoncepcional de emergência também é conhecida como pílula do dia seguinte, ajuda a diminuir o número de abortos provocados por abuso sexual, na medida em que evita a gravidez não desejada. A pílula age impedindo ou retardando a ovulação e diminuindo a capacidade dos espermatozóides de fecundarem o óvulo, a anticoncepção de emergência é um método não abortivo, porque ela não interrompe uma gravidez já estabelecida. A pílula anticoncepcional de emergência não deve ser usada como método anticoncepcional de rotina, ou seja, substituindo outro método anticoncepcional. Deve ser usada apenas em casos emergenciais, porque a dose de hormônio é grande. A pílula anticoncepcional de emergência deve ser usada, no máximo, até cinco dias após a relação sexual desprotegida, tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses (BRASIL, 2010).

De acordo com o (BRASIL, 2010) a anticoncepção de emergência pode ser usada nas seguintes situações:

- Relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional.
- Rompimento do preservativo.
- Em caso de deslocamento do diafragma, ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual.
- Em caso de o DIU sair do lugar ou se for expulso.
- Falha no coito interrompido, com ejaculação na vagina ou na vulva.
- Uso incorreto do método da tabela ou do muco cervical.
- Esquecimento de tomar pílulas ou injetáveis.
- Nos casos de estupro.

Quando o preservativo rompe ou ocorre vazamento do esperma, a mulher pode tomar a pílula anticoncepcional de emergência para evitar a gravidez. Essa pílula pode ser adquirida nos serviços de saúde.

2.2.7 Tabela

A Tabela é um método que se baseia na observação de vários ciclos menstruais, para determinar o período fértil do ciclo menstrual da mulher (BRASIL, 2010).

A eficácia da tabela depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros. A eficácia será maior se o casal não tiver relação sexual com penetração vaginal no período fértil. A tabela requer disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo e observação atenta. A tabela é individual, cada mulher tem que fazer a sua (BRASIL, 2010).

2.2.8 A orientação do enfermeiro

Para o uso correto dos métodos de prevenção é importante à presença do profissional de saúde, ou seja, o Enfermeiro deve oferecer um aconselhamento e um esclarecimento que podem orientar os adolescentes, sobre os seguintes aspectos:

De acordo com (BRASIL, 2010), destacam-se:

- Orientar aos adolescentes para traçar um planejamento familiar satisfatório.
- Ter direito a uma prática sexual segura, prazerosa e sem violência.
- Fornecer informação básica de como evitar a gravidez após a relação sexual.
- Explicar o prazo de tempo disponível para iniciar o método.
- Esclarecer de que o método anticoncepção de emergência não induz a sangramento após o uso e não se aplica a situações de atraso menstrual.
- Informar sobre marcas comerciais disponíveis e a sua forma de usar. E que a ausência de contraindicação não se aplica para o uso repetitivo do método e que se utilizada com frequência, pode apresentar as mesmas contraindicações de qualquer método anticonceptivo hormonal.
- Orientar sobre a advertência de que esse método não protege das doenças DST\HIV.
- Estimular ao uso do preservativo como dupla proteção e informar que o método anticoncepção de emergência tem efeitos colaterais, ou seja, fornecer todas as informações possíveis para o esclarecimento de duvidas dos adolescentes.

3 METODOLOGIA

É sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Deste modo, o tipo de pesquisa que se adequa ao trabalho será a exploratória.

Neste sentido Andrade (2001, p.174) informa:

> Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho científico. São finalidades da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias.

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se, pois, pode-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

Para obtermos informações e conhecimentos precisos na coleta de dados, será utilizada como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p.44), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Conforme Cervo e Bervian (2002, p.65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicadas em documentos”.

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudado.

4 CONCLUSÃO

Mediante ao tema Atuação do enfermeiro diante da contracepção na adolescência proposto, podemos observar que o profissional de enfermagem tem a visão de promover a prevenção e a promoção da saúde independente da faixa etária ou sexo.
Sendo que a gravidez indesejada e a aquisição de DST/HIV/AIDS são contraídas por erros simples que através da anticoncepção de emergência, também conhecida como "pílula do dia seguinte", é um método contraceptivo importante para a prevenção de gravidez indesejada decorrente da violência sexual, relações sexuais desprotegidas ou uma falha na anticoncepção de rotina. Esse método não é muito conhecido pelos jovens e adolescentes devido à falta de orientação, por isso o papel do enfermeiro torna-se fundamental para o esclarecimento de dúvidas e na orientação sobre esse tipo de anticoncepção.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução á metodologia do trabalho cientifico**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde\ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. rev. e ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 01-44.

_____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.ed. 2006. Brasília.

_____. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Politicas de Saúde, Área Técnica de saúde da Mulher – 4 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2002.p: 150.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Cientifica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo : Atlas, 2002.

PREVENÇÃO DO CÂNCER UTERINO PELO EXAME DE PAPANICOLAU[1]

Keila Rodrigues Santos[2]

Luana Boone Pinto[2]

Milena Kelly Borges Correa[2]

RESUMO

A mulher passa por alguns ciclos: a infância, quando o corpo ainda não está totalmente formado; a puberdade, que caracteriza-se pela diminuição no crescimento dos ossos, no surgimento dos seios, surgimento de pelos na virilha, região pubiana e axilas, pela menarca e ovulação, e o aumento do desejo sexual; a menopausa, quando a menstruação e a ovulação terminam. A pesquisa objetiva a investigação dos benefícios da realização do exame colpocitológico regularmente, e como específicos: o conhecimento da técnica do exame de Papanicolau; o aprendizado sobre o câncer de colo uterino e identifica as dificuldades das mulheres na realização do exame. Trata-se de uma pesquisa com o tema saúde da mulher, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado as mulheres que fazem o exame de Papanicolau. Concluímos que as barreiras para a realização do exame colpocitológico são muitas, tais como: desconforto, vergonha, desinformação sobre o exame e a doença. Porém existem algumas estratégias que podem ajudar na adesão ao exame, como por exemplo, oferecer mais informações sobre o câncer de colo uterino e a técnica de coleta de material.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde da mulher. Exame Papanicolau. Prevenção.

ABSTRACT

A woman goes through a few cycles: infancy, when the body is not yet fully formed; puberty, which is characterized by decreased bone growth, the appearance of the breasts, the appearance of hair in the groin, armpits and pubic region, her first menses and ovulation, and increased sexual desire; menopause, where ovulation and menstruation end. The research aims to investigate the benefits of performing the regular Pap smear examination, and specific: technical knowledge of the Pap test; learning about cervical cancer and identifies the difficulties women in the exam. This is a research topic with the health of the woman, bibliographic, references exploratory, qualitative approach, with secondary data collection, targeted women who make the Pap test. We conclude that the barriers to the realization of the Pap smear are many, such as discomfort, embarrassment, misinformation about the exam and disease. But there are some strategies that can help in adherence to the examination, for example, provide more information about cervical cancer and the technique of data collection.

KEY WORDS: Women's health. Pap smears. Prevention.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de Acadêmicas do Curso de Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia

[2] Acadêmicas do 6° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia - MULTIVIX – Nova Venécia

1 INTRODUÇÃO

A mulher passa por alguns ciclos: a infância, quando o corpo ainda não está totalmente formado; a puberdade, que se caracteriza pela diminuição no crescimento dos ossos, no surgimento dos seios, surgimento de pelos na virilha, região pubiana e axilas, pela menarca e ovulação, e o aumento do desejo sexual; a menopausa, quando a menstruação e a ovulação terminam.

O câncer de colo uterino representa um problema de saúde pública, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas.

Segundo Colatino (2010), os principais fatores envolvidos na causa do câncer do colo do útero, são: início precoce das relações sexuais, multiplicidade de parceiros, uso prolongado de anticoncepcionais de via oral, baixa condição socioeconômica, tabagismo, higiene inadequada da genitália.

Para Bosch apud Salvia (2004), o fator de risco mais preocupante comprovado através de estudos consistentes, confirma que o Papilomavírus Humano (HPV), principalmente os tipos 16 e 18, está associado diretamente ao câncer de colo de útero.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer não se constitui em uma única doença, e sim uma grande variedade de doenças, pode desenvolver por diversos estímulos e de historia natural. Progressivamente as neoplásicas desenvolvem-se, a partir de qualquer tecido no interior de qualquer órgão, quando células normais perdem a sua capacidade funcional, produzindo uma massa de tecido cancerosa dividindo-se descontroladamente (De Vita, 1984 apud GAMARRA, 2009).

Através do DNA os cromossomos passam as informações sobre o funcionamento das células, ocorrendo mutação genética. As células cancerígenas dividem rapidamente, tendem a multiplicarem descontroláveis e de forma agressiva, ocorrendo acúmulo de células cancerosas que determina a formação de tumores ou neoplasias malignas. Já os tumores benignos, são aqueles que formam uma massa localizada de células que multiplicam lentamente se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (FIDÉLIS, 2007).

O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna, que ocorre no epitélio da cérvice uterina, proveniente de alterações celulares que vão evoluindo de forma insignificante, terminando no carcinoma cervical invasor (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002 apud COLATINO, 2010).

Acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL,2002).

Os fatores de risco para seu desenvolvimento são:

• idade precoce na primeira relação sexual;

• multiplicidade de parceiros;

• história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro).

Atualmente, considera-se que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) represente o principal fator de risco;

• multiparidade;

• tabagismo;

• alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.

Embora o exame citopatológico (Papanicolau) tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública(BRASIL,2002).

2.2 PREVENÇÃO

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (Papanicolaou), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas (BRASIL,2002).

A prevenção primária é quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e seus fatores de riscos, como por exemplo, o estimulo ao sexo seguro que é uma das formas de evitar o contágio com o vírus HPV, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco e, a prevenção secundária que é realizada por meio do exame preventivo do câncer do útero (exame de Papanicolau) e já está disponível a vacina, no Brasil (NOVAES, 2008).

O exame Preventivo deve ser realizado uma vez ao ano, por um ginecologista ou enfermeiro responsável pela unidade de saúde, ou se houver alguma alteração, o mesmo devera ser realizado de 6 em 6 meses.

2.3 EXAME DE PAPANICOLAU

Em 1917, George Nikolas Papanicolaou propôs pesquisar o uso sistemático do esfregaço cérvico-vaginal. Já em 1923, revelou o ciclo sexual em mulheres, através de estudos em esfregaço vaginal. Descobriu em 1924, que era possível a observação das células cancerosas derivadas da cérvice uterina em esfregaços vaginais. Em 1942, Papanicolaou demonstrou que poderia ser realizado através dos caracteres morfológicos anormais das células esfoliadas do epitélio uterino, o diagnóstico do câncer em sua fase inicial (PLEWKA, 2007).

A citologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas, no conteúdo cérvico-vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplásico (PAULINO, 2009).

2.3.1 TÉCNICA DE COLETA E PREPARO DOS ESFREGAÇOS

Recomenda-se a coleta tríplice: fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice, em uma lâmina, previamente limpa e identificada por meio de lápis-diamante, marcador de azulejo ou lápis-grafite, no caso de a extremidade da lâmina ser fosca (PAULINO, 2009).

Fundo de saco vaginal posterior: retirar o material do fundo do saco posterior, com a extremidade arredondada da espátula de madeira, tipo Ayre ou similar, colocando-o, em seguida, na parte central da lâmina (PAULINO, 2009).

Ectocérvice (junção escamo colunar – JEC): com a outra extremidade da espátula, que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorificial, realizando um movimento rotativo. Esse movimento deve ser firme, semelhante ao realizado numa biópsia de superfície, para destacar as células da mucosa. Em seguida, colocar o material retirado sobre a amostra do fundo de saco (PAULINO, 2009).

Endocérvice (canal cervical): introduzir, no canal cervical, uma escovinha de coleta, e colher o material com um leve movimento rotativo. Colocar o material sobre as duas amostras colhidas anteriormente e distender todo o material sobre a lâmina, de uma maneira delicada, a fim de que o esfregaço se apresente uniformemente distribuído e fino (PAULINO, 2009).

2.3.2 FIXAÇÃO DO ESFREGAÇO

A fixação do esfregaço visa conservar o material colhido, mantendo as características das células. Deve ser procedida imediatamente após a coleta.

Solução fixadora: álcool a 95%, lâmina com material submerso no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Polietileno glicol: pingar 3 ou 4 gotas de solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Propinil glicol: borrifar a lâmina com o "spray" fixador, a uma distância de 20 cm. (Citospray)

Após a fixação, as lâminas deverão ser adequadamente acondicionadas e enviadas ao laboratório de citologia.

Visando garantir uma boa qualidade dos esfregaços, é necessário informar às clientes que, por ocasião da colheita do material: não devem estar menstruadas; não devem usar duchas ou medicamentos vaginais, nas 48 ou 72 horas precedentes ao dia da colheita; não devem ter contato sexual, nas 24 horas anteriores à colheita (PAULINO, 2009).

2.3.3 RESULTADO DA CITOLOGIA

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional (PAULINO, 2009).

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura: negativo para células malignas; atipias inflamatórias; displasia leve; displasia moderada; displasia acentuada; carcinoma in situ; carcinoma invasor; adenocarcinoma (PAULINO, 2009).

A técnica de Papanicolau permite, também, identificar a microflora vaginal nos esfregaços. A simples presença de um microrganismo não implica processo inflamatório, sendo necessário, para tal, que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação (PAULINO, 2009).

2.3.4 COLPOSCOPIA

A colposcopia é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malignas e o carcinoma invasor inicial, em mulheres citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico (PAULINO, 2009).

A colposcopia tem, portanto, indicações precisas, quais sejam: diagnóstico diferencial de lesões benignas e malignas; orientação do local correto para biópsia; seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas (PAULINO, 2009).

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa é a exploratória.É sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Com relação às pesquisas, é usual a classificação com base em seus objetivos gerais. Deste modo, o tipo de pesquisa adequada ao trabalho será a exploratória.

Neste sentido Andrade (2001, p. 174) informa:

> Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho cientifico. São finalidades da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias.

Já na concepção de Cervo e Bervian (2002, p. 69) " a pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma".

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se, pois, pode-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, será utilizada como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p. 44), "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos".

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), "a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicadas em documentos".

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudado.

Portanto, devem-se definir as fontes utilizadas podendo assim favorecer o melhor entendimento e a busca de melhor desenvolvimento das informações, que se resulta em dados para as pesquisas. No que cerne o presente projeto utilizar-se-ão fontes secundarias.

Andrade (2001, p. 43) corrobora descrevendo que as fontes secundárias têm como referências determinadas fontes primarias, ou seja, "são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primárias e assim constituem-se em fontes de pesquisas bibliográficas".

4 CONCLUSÃO

Observamos que o exame Papanicolau tem sido muito utilizado como um ótimo rastreador do câncer de colo uterino na saúde publica. Indica a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas, sendo possível a interrupção da evolução dessas lesões. É um exame eficiente e de baixo custo, e mesmo assim existe uma resistência em algumas mulheres em fazer o exame.

Outra forma de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino é a divulgação de informações a respeito do câncer e suas formas de prevenção. As ações educativas devem ter a participação dos profissionais de saúde e das mulheres na discussão e esclarecimento dos diferentes aspectos relacionados à educação, à prevenção e as ações de controle do câncer de colo uterino.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero.** Brasília, DF: Imprensa Oficial, 2002.

CERVO, Amado Luiz: BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica.** 5ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COLATINO, Patrícia Lucena. **HPV 16 E 18 e o desenvolvimento do câncer do colo uterino.** 2010. 31 f. Monografia (Curso de Pós-graduação) – Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional, Recife, 2010.

FIDÉLIS, Valéria Cristina. **Câncer do Colo do Útero:** A importância do ampliar a consciência para o resgate da criatividade na mulher. 2011. 45 f. Monografia (Especialista) - Facis/ibehe, São Paulo, 2007.

GAMARRA, Carmen Justina. **Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005.** Tese (Título de Doutor) - Departamento de Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/gamarra_carmen.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Lívia Perasol; PAULINO, Lívia Valle. **Estratégia saúde da família.** São Paulo: Ícone, 2009.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. A vacina contra HPV e o câncer de colo de útero: desafios para a sua incorporação em sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 2008. Disponível em: < h tt p: / / www. s c i e l o. b r / s c i e l o. p h p? p i d = S 1 4 1 5 - 790X2008000300022&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 out. 2011.

PLEWKA, Jacqueline. **Estudo sobre variações no método de citologia em meio liquido.** 2007. Dissertação (Mestre em Ciências) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.farmaceuticas.ufpr.br/pdf/teses_resumos/Jacqueline%20Plewka %20Machado_dis.pdf>. Acesso em: 25 out. 2011.

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO EM ENFERMAGEM[1]

Crysthiam Bruno Ferreira Brandão[2]

Jessica Rodrigues da Silva[2]

Laiz Trindade Machado Neta[2]

Lorena Alves da Silva Cavalcante[2]

RESUMO

Segundo o site Gente de Opinião, não basta apenas ser um bom profissional em termos científicos. Os pacientes esperam mais daqueles que o assistem, querem atenção, respeito, solidariedade, compreensão e tudo o mais que o ser humano possa oferecer para atenuar e, se possível extinguir seu sofrimento. A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como ausência de doença, mas como situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. O artigo avalia a humanização no atendimento em enfermagem, busca conhecer os benefícios da enfermagem humanizada e relaciona a humanização e a melhora na saúde do paciente. Trata-se de uma pesquisa com o tema Humanização, por referencias bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, direcionada a todos os profissionais de enfermagem. Concluímos que a humanização da saúde é um processo de construção demorado, portanto cabe aos profissionais uma mudança diária.

PALAVRAS CHAVES: Humanização. Enfermagem. Cuidados.

ABSTRACT

According to the People view site, not enough to be a good professional in scientific terms. Patients expect more from those who assist him, want attention, respect, solidarity, understanding and everything else that a human being can offer to mitigate and if possible extinguish their suffering. The World Health Organization defines health as not just the absence of disease but as a state of perfect physical, mental and social well-being. The article evaluates the humanization of care in nursing seeks to know the benefits of humanized nursing and related humanization and improvement in patient health. This is a survey of the subject Humanization for bibliographic, references exploratory, qualitative approach, directed to all nurses. We conclude that the humanization of health is a building process time consuming, so it is up to the professionals a daily change.

KEYWORDS: Humanization. Nursing. Care.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da MULTIVIX – Nova Venécia

[2] Acadêmicos do 6º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia - MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro é, dentro do âmbito hospitalar, aquele que tem o contato mais direto com o cliente. É muitas vezes neles que o cliente ou seu familiar procura respostas para suas duvidas, sendo assim cabe ao profissional de enfermagem conscientizar-se de que todos, sem exceção, possuem o direito á assistência de saúde, e é dever da equipe de enfermagem realizá-la independente de quaisquer características que possam gerar preconceito. É necessária, uma atitude de zelo com o cliente em sua trajetória, sabendo ouvir, esclarecer e respeitar sobre tudo suas vontades.

O tema proposto tem como objetivo estudar a humanização no contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem, pois a humanização vai além de um bom atendimento, humanizar é tratar o paciente como um todo, é olhar para ele e não diagnosticar apenas a doença e tratá-la precisa-se de mais atenção da parte dos profissionais de saúde, pois eles lidam diretamente com o povo e estes necessitam de uma maior atenção. E esta humanização visa a melhoria no atendimento dos profissionais de enfermagem.

Segundo o Blog Enfermagem Aqui (24/09/2008), a humanização é um atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de um indivíduo, ou seja, cada um deve ser compreendido e aceito como um ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIFERENTES CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO

Baraúna (2005) afirma que “a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos”.

> Humanizar não é dar-se totalmente, mais sim compartilhar junto aquele cliente que busca não só a cura de uma doença, mais sim alguém da qual ele pode confiar, depositando no profissional de enfermagem um carinho especial retribuindo assim todos os benefícios que foram indagados. A esse ser humano, Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida **(Enfermeira Laudenice P. 06/04/2011).**

Humanizar a saúde nos compromete não com regras abstratas, que poderiam conduzir a um fundamentalismo dos princípios do SUS, mas à alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados.

Segundo o site de pesquisa Dicionário informal (14/08/2012), a humanização é a ação ou efeito de humanizar, de tornar humano**,** tornar benévolo, tornar afável**.**

2.2CONCEITO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

2.3A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO SOCIAL

Segundo dados do Ministério da Saúde a humanização se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”,procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a

2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

A humanização encontra respaldo, também, na atual Constituição Federal, no artigo primeiro, Inciso III, que assinala "a dignidade da pessoa humana" como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito(3). Os direitos dos seres humanos nascem com os homens e, naturalmente, quando se fala de direitos da pessoa humana, pensa-se em sua integridade, dignidade, liberdade e saúde.

A enfermagem é a profissão que mais deve estar de olho para um atendimento humanizado! Até mesmo, porque é o profissional que mais está do lado do paciente durante sua enfermidade (POTTER, P.A: PERRY, A.G. 2004).

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho.

2.4HUMANIZAÇÃO E O SUS

O sistema brasileiro de saúde passou por profunda transformação a partir da Constituição de 1988. O artigo 196 diz que: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação(BRASIL, 1988, p.33).

Visando a melhoria no atendimento em saúde e a importância da humanização para o contexto social, o Ministério da Saúde no ano de 2003 lança o programa HumanizaSUS, que tem como objetivo melhorar o atendimento em saúde do Sistema Único em Saúde, o SUS. Este programa representa a Política Nacional de Humanização (PNH).

Na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um Programa a ser aplicado aos diversos Serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004).

Para alcançar um patamar mais elevado a nível de saúde, o HumanizaSUS pretende inovar na área da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde as principais inovações são:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;

- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;

- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;

- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;

- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Em 2000, acontece outro avanço para a saúde, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que divulga o conceito de humanização para todas as instituições hospitalares por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais da Saúde e dos usuários: A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2002, p.33).

Gallian (2000) afirma que existe grande necessidade de "reumanizar" a saúde, de desenvolver e fortalecer recursos humanísticos para a formação e atuação dos profissionais de saúde.

Por ainda ser um programa de pouco tempo de implantação, o SUS necessita de grandes mudanças que deveram ocorrer diariamente a fim de proporcionar mudanças no atendimento humanizado, entretanto ao longo da historia o SUS foi se evoluindo e criando novas expectativas na melhoria em saúde publica. Ainda sobre os pensamentos de Gallian este processo de humanização pode demorar a ser completamente concretizado sendo assim cada qual responsável em sua área de atuação buscar melhorias para o atendimento por parte dos profissionais de saúde.

2.5 A HUMANIZAÇÃO E A ENFERMAGEM

> "A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!" (Florence Nightingale).

Segundo o site Gente de Opinião, Não basta apenas ser um bom profissional em termos científicos. Os pacientes esperam mais daqueles que o assistem. Querem atenção, respeito, solidariedade, compreensão, paciência, manifestação de afeto, consolo e tudo o mais que um ser humano possa oferecer para atenuar e, se possível, extinguir seu sofrimento.

Um profissional da enfermagem competente deve praticar, portanto, as boas normasem sua relação com os pacientes que assiste. São preconizados pelo Ministério da Saúde alguns itens a ser seguidos para realizar uma enfermagem humanizada, que são eles:

* Seja paciente com seu paciente. A doença tende a provocar desequilíbrios emocionais que devem ser assimilados com condescendência na relação enfermeira/paciente e seus afins.

* Ao entrar no aposento do enfermo, faça-o sem provocar ruídos que o assustem. Cumprimente-o com uma expressão de otimismo. O sorriso, quando oportuno, é um ótimo remédio.

* Chame o paciente sempre pelo nome. Ele precisa sentir que não é um número de aposento ou de leito, mas um ser humano que precisa da sua consideração, de seus cuidados.

*Comente sempre sobre as melhoras do paciente. Ele ficará mais otimista quanto à sua recuperação.

*Faça sempre um rápido comentário quando lhe for aplicar um tratamento dizendo-lhe o quanto ele fará bem para a sua saúde. Por exemplo, ao lhe administrar um analgésico, diga-lhe que a dor que está sentido logo vai passar. Nos casos de administração de tranquilizantes, diga-lhe que logo estará calmo, talvez dormindo.

*Jamais demonstre insegurança quanto ao que está fazendo em relação ao paciente. Não se comporte como quem perdeu o controle da situação. Ao pedir apoio a um colega seu ou de médico, evite demonstrar desespero ao enfermo e seus familiares. Não deixe que o doente e seus afins fiquem alarmados.

*Nunca subestime as queixas do paciente. Anote-as em seu Relatório de Enfermagem de forma legível e objetiva. Informe ao médico do paciente quando achar oportuno. Lembre-se de que as situações urgentes não podem esperar. Caso não encontre o médico do enfermo, chame o que puder assisti-lo o mais rápido possível. A conduta expectante, nessas condições, põe em risco a vida do paciente. Mexa-se!

*Seja sempre atencioso com o paciente. Quando ele quiser conversar com você, procure escutá-lo com atenção e respeito. Se naquele momento isto não for possível (porque você precisa atender outros doentes), diga-lhe que precisa fazer isto e que logo voltará para conversar com ele. Se for o caso, transmita-lhe sempre palavras de apoio, de consolo, de solidariedade. Palavras que você gostaria de escutar se estivesse no lugar dele.

*Quando o paciente demonstrar medo diante da iminência de um tratamento como uma cirurgia, como é comum, tente transmitir-lhe calma e segurança. Por exemplo, faça boas referências sobre os profissionais que vão operá-lo ou diga-lhe o que achar oportuno para acalmá-lo.

*Jamais comente com o paciente sobre outros que tiveram complicações, que evoluíram para óbito. Jamais! O doente precisa de mensagens otimistas. Acreditar na própria recuperação faz bem à saúde.

*Quando estiver atendendo o paciente, tente esquecer de seus problemas pessoais para que eles não venham a influenciar negativamente na sua relação com ele. Seja profissional!

*Quando não souber responder alguma pergunta formulada pelo paciente, pergunte a quem sabe. Jamais tente confundi-lo com respostas evasivas. Se ele descobrir que está sendo enganado, perderá a confiança em você. Uma informação incorreta é um desserviço e pode ser muito prejudicial para as partes envolvidas, principalmente para o paciente, que se sentirá inseguro.

*Aja sempre com competência científica, ética e humanizada. Pela correta prática da enfermagem em favor do paciente, razão da existência de sua nobre profissão.

2.6 DOUTORES DA ALEGRIA

Segundo o site de pesquisa Doutores da Alegria, esta ONG – Organização não Governamental – não visa a captação de lucros, mas sim levar conforto e pílulas de felicidade ao público infantil enfermo. Seus integrantes têm como meta incentivar vivências divertidas para que esta camada da sociedade possa, mesmo a partir do desequilíbrio orgânico, instaurar em suas vidas uma interação salutar com

as outras pessoas. A humanização no cenário hospitalar pode ser mais bem planejada se oferecida num ambiente favorável, estruturando programas dirigidos especialmente à criança, através da inclusão do brinquedo. Pode-se com isso acelerar a recuperação da criança, contribuindo para a diminuição dos dias de permanência no hospital e, consequentemente, do custo da hospitalização.

Apesar de o trabalho dos Doutores da Alegria ser dirigido para a criança, tem efeitos extensivos a pais, profissionais de saúde e funcionários do hospital. Esses resultados se traduzem pela diminuição do estresse no trabalho, melhora da auto percepção profissional e da imagem do hospital, bem como melhora da comunicação entre os membros da equipe e destes com os familiares e pacientes.

Visando uma melhora no atendimento prestado pelos profissionais de saúde, os doutores da alegria servem como apoio no tratamento dos pacientes buscando dar melhores condições aos cuidados médicos e de enfermeiros proporcionando assim uma maior eficaz ao longo do tratamento, através da alegria transmitidas por eles os pacientes acabam tornando mais aptos aos cuidados dos profissionais quem deles cuidam.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do campo exploratória. Na concepção de Cervo e Bervian (2002, p. 69) “A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes do mesmo ”

Segundo Andrade (2001, p. 174) “São finalidade da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Utilizado ainda como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p.44), ″A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos″

Conforme Cervo e Bervian (2002, p 65), ″ A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicada em documentos″.

Andrade (2001, p. 43) corrobora descrevendo que as fontes secundárias têm como referências determinadas fontes primarias, ou seja, ″ são constituem – se em fontes de pesquisas bibliográficas″.
A mesma foi utilizada por interesse em adquirir informações em grande abrangência, sendo que a primárias o uso de leis e jurisprudência e a secundária o uso da doutrina.

A amostra do artigo são os profissionais de enfermagem, visando pesquisar a humanização no atendimento em enfermagem através de análise bibliográfica, dados do Ministério da Saúde (MS), sites de pesquisas,artigos acadêmicos e outros.

4 CONCLUSÃO

O sistema brasileiro de saúde passou por profunda transformação a partir da Constituição de 1988. O artigo 196 diz que: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, para ter saúde não basta apenas ter a ausência de doenças, mais sim um bem estar físico, mental, socioeconômico, dentre outros importantes requisitos para ter uma vida tranqüila sem a presença de alguma patologia em si, com isso busca-se com os profissionais de saúde, uma maior aproximação profissional-cliente, visando

assim um melhor atendimento uma maior resolutividade diária afim de manter um bom contato sem perder o foco em questão, entretanto os enfermeiros acabam lidando diretamente com os clientes e muitas vezes este contato é longo e continuo. Espera-se quem este contato seja digno e humanizado pois muitas vezes é ele que irá refletir na melhora dos clientes, pois com o atendimento mais humanizado os clientes são vistos como um todo, procurando conhecer a vida antes, durante para um futuro melhor sem as queixas das devidas patologias.

O SUS criou o programa humaniza sus, afim de proporcionar que, todos os profissionais de saúde, possam tratar de modo mais humanizado seus clientes. Por ainda ser um programa de pouco tempo de implantação, o SUS necessita de grandes mudanças que deveram ocorrer diariamente a fim de proporcionar mudanças no atendimento humanizado, entretanto ao longo da historia, o SUS foi evoluindo e criando novas expectativas, na melhoria em saúde publica e este processo de humanização pode demorar a ser completamente concretizado. Sendo assim, cada qual, responsável em sua área de atuação, deve buscar melhorias no atendimento.

Com o atendimento humanizado os clientes ficam mais tranqüilos em relação ao tratamento e não o abandonam ao decorrer do mesmo, pois todos gostam de ser bem recebidos e bem tratados, sendo de grande importância manter uma boa relação de contato verbal com o cliente.

Outros meios de se proporcionar uma boa convivência, entre clientes dos hospitais, são os colaboradores dos doutores da alegria, que doam seu tempo a fim de garantir a todos que ali estão por mais que estejam em boas condições, estão em um ambiente hospitalar que os deixam retraídos, afim de reverter esta situação os doutores da alegria se unem para fazer visitas alegres e divertidas a todos em seus leitos, com isso a alegria contagia a todos e por alguns instantes, acabam se esquecendo do ambiente hospitalar, com isso o tratamento torna-se mais resolutivo e uma melhora diária é conquistada.

5 REFERENCIAS

BARAÚNA. **Conceito de Humanização** 2005.

BRASIL. **Constituição. Brasília**: Senado Federal, 1988.

Dicionário inFormal. Conceito de humanização. Disponível em: http://www.dicionarioinformal.com.br/ Acesso em 13/09/2013

InfoEscola; **Doutores da Alegria**. Disponível em: http://www.infoescola.com/sociedade/doutores-da-alegria Acesso em 09/09/2013

GALLIAN, D.M.C**. A (re) humanização da medicina.** Psicologia na Pratica Medica. V.33, n.2, 2000.

Gente de opinião. Atendimento Humanizado. Disponível em: http://www.gentedeopiniao.com.br/ Acesso em 11/19/2013

HumanizaSUS- Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estetico no fazer em saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Serie B. textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/prod Acesso em: 15/09/2013

——. **Política nacional de Humanização**. (versão preliminar). Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasil, 2002.

——. **Política nacional de Humanização**. Documentos para Discussão. Serie B. textos Básicos de Saúde. Brasil 2004.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 5ª Ed. Guanabara: Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. Norma Operacional Básica/Recursos Humano- SUS. 3º Ed. Brasília, 2005a.

Significado de humanização. **Conceito de humanização**. Disponível em: http://www.significados.com.br/humanizacao/ acesso em 15/09/2013

IMPORTÂNCIA DO ESTÍMULO AO ALEITAMENTO MATERNO[1]

Alana Karen Silva Aquino[2]

Edimara dos Anjos Silva[2]

Laila Nunes Santos[2]

Maria Alice Brito Soares[2]

RESUMO

O leite materno contem todas as proteínas, açúcares, gorduras, vitaminas e água que o bebê necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar tais como: anticorpos e glóbulos brancos, e é por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças infecciosas, tais como otites,alergias,vômitos,pneumonias,bronquites e meningites. O artigo avalia a importância do estímulo ao aleitamento materno, busca levantar os benefícios do leite materno e as razões pelas quais as mulheres não são estimuladas quanto ao aleitamento. Trata-se de uma pesquisa com o tema Aleitamento Materno, por referência bibliográfica exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionados para o estímulo ao aleitamento materno. Mediante a pesquisa concluímos que o leite materno é um alimento insubstituível nos seis primeiros meses de vida de um bebê. O aleitamento materno não traz somente vantagens para o bebê, mas também para a mãe, como proteção contra anemia , hemorragia pós-parto, menor incidência de câncer de mama e de ovário, além de favorecer a anticoncepção.

PALAVRAS-CHAVES: Aleitamento materno. Estímulo. Importância.

ABSTRACT

Breast milk contains all the protein, sugar, fats , vitamins and water that the baby needs to be healthy . It also contains certain elements that powdered milk can not incorporate such as antibodies and white blood cells , and is why the breast milk protects the baby from certain infectious diseases , such as ear infections , allergies , vomiting , pneumonia , bronchitis and meningitis . The article evaluates the importance of promoting breastfeeding , seeks to raise the benefits of breast milk and the reasons why women are not encouraged on breastfeeding . This is a survey of the topic Breastfeeding by exploratory bibliographic reference , with a qualitative approach , with secondary data collection , targeted to encourage breastfeeding . Through research concluded that breast milk is an irreplaceable food for the first six months of a baby's life . Breastfeeding not only brings advantages for the baby but for the mother as protection against anemia, postpartum hemorrhage , lower incidence of breast and ovarian cancer , in addition to promoting contraception .

KEYWORDS: Breastfeeding. Stimulus. Importance.

---

[1] Artigo de Iniciação Cientifica de acadêmicas do Curso de Enfermagem- MULTIVIX – Nova Venécia

[2]Acadêmicas do 6º Periodo do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia –MULTIVIX- Nova Venécia

1 INTRODUÇÃO

O leite materno contem todas as proteínas, açúcar, gorduras, vitaminas e água que o bebê necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar tais como: anticorpos e glóbulos brancos, e é por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças infecciosas, tais como otites,alergias,vômitos,pneumonias,bronquites e meningites. Com isso, o leite materno é insubstituível, como alimento ideal e capaz de fornecer os princípios nutritivos para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de recém-nascidos e, além disso, tem importante influência biológica e emocional na saúde tanto de mães quanto de crianças (OMS/UNICEF, 1989).

> O leite materno, tão bem representado como " ouro branco", tem uma importâcia capital para a qualidade de vida, e devemos promover todos os esforços para garantir que as crianças possam usufruir desse maravilhoso presente, que recebemos gratuitamente (CARVALHO,2010).

O Aleitamento materno e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano têm uma história ímpar, e com certeza, os Bancos de Leite Humanos têm sido um diferencial na divulgação e promoção ao aleitamento materno. Historicamente, os Bancos de leite Humano no Brasil evoluíram, quantitativa e qualitativamente, promovendo saúde, diminuindo a morbimortalidade infantil, criando cultura e exportando saber e tecnologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DAS MAMAS

Segundo CARVALHO (2005), as mamas são estruturas anexas à pele. Situam-se simetricamente em cada lado do tórax, anteriormente aos músculos da região peitoral, e verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente da margem do esterno até à linha médio-axilar. As mamas direita e esquerda encontram-se separadas por um sulco intermediário e entre a margem inferior e a parede torácica existe o sulco inframamário. A mama é constituída por duas estruturas, o parênquima de tecido glandular (glândula mamária - maioritariamente junto da base do mamilo) e estroma de tecido fibroadiposo (tecido adiposo subcutâneo, intraglandular e retromamário), assim como vasos, nervos e pele. A proporção de tecido glandular e tecido adiposo é 2:1, sendo que 65 % de tecido glandular encontra-se dentro de 30 mm de mamilo. A glândula mamária possui geralmente, um prolongamento em direcção à axila, designado por processo axilar. As mamas podem ser hemisféricas, cónicas, piriformes, cilíndricas e discóides. A forma e tamanho dependem da quantidade de tecido adiposo no estroma e são macias devido a uma substância oleosa com propriedades antibacterianas e de lubrificação.

Segundo a DEODATO (2005), a glândula mamária é uma glândula exócrina e é constituída por 15 a 20 glândulas alveolares compostas ou lobos. Cada glândula é formada por uma parte secretora e um ducto excretor próprio.

Segundo GONZÁLES (2004), cada lobo subdivide-se em 7 a 10 lóbulos e cada um destes subdivide-se em 10 a 100 alvéolos. Estes são constituídos por células secretoras onde é produzido o leite e revestidos por células musculares que se contraem por acção da ocitocina e o expulsão. Este leite é conduzido por uma rede de ductos que bifurcam perto do mamilo. Existem 4 a 18 ductos que saem do mamilo (média 9) e entre 15 a 25 orifícios de saída de leite no mamilo (RAMSAY e HARTMANN, 2005).

De acordo com DEODATO (2005), a papila mamária ou mamilo é uma proeminência cilíndrica ou cónica na face anterior da aréola, constituído por tecido eréctil. A aréola é uma base cutânea na mama, circundada por uma cútis áspera (devido a glândulas sudoríparas, sebáceas e aureolares) e

pigmentada, que se torna castanha durante a gravidez e puerpério. A sensibilidade mamiloauréola aumenta na gestação e alcança o pico máximo nos primeiros dias após o parto.

2.2 LEITE MATERNO

Segundo o Ministerio da Saúde, o leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido. Além dos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais, a amamentação estabelece equilíbrio das forças musculares de contenção interna e externa, influenciando assim o desenvolvimento de padrões musculares, promovendo reflexos futuros na fala, respiração e mastigação.

No ciclo evolutivo do recém-nascido até os 6 ou 7 meses de vida, a respiração, sucção e deglutição são as funções primordiais, sendo a sucção um ato reflexo presente já na fase intrauterina e o primeiro reflexo de alimentação do ser humano. O segundo reflexo de alimentação é a mastigação que depende de um aprendizado que na maioria das vezes não é estimulado. O ensaio e o treinamento para se obter um bom padrão de mastigação iniciam-se com uma sucção bem conduzida, com os movimentos de sorver e com os primeiros movimentos mastigatórios, quando se oferece ao bebê diferentes consistências de alimentos .

> Diante dos diversos argumentos relacionados às vantagens do aleitamento materno, era de se esperar que essa prática estivesse em pleno desenvolvimento. Entretanto, a realidade no mundo e em nosso país é da persistência do desmame precoce. Já são bem conhecidos alguns fatores de proteção para a prática do aleitamento materno, como idade, trabalho e escolaridade materna, tipo de parto, residir em diferentes áreas geográficas (urbano e rural), número de gestações e renda familiar (Rev.BRASILEIRA.Saude Marter. Infant. Jan/ Mar. 2010).

Portanto, a amamentação possui papel fundamental no estabelecimento normal destas funções primordiais, estimulando o desenvolvimento dos músculos e ossos da face. Quando ocorre o desmame precoce, devido a cansaço, choques emocionais, problemas de saúde, depressão, falta de paciência, fatores sócio-econômicos ou a outros fatores, a forma que o bebê tem de suprir sua necessidade de sucção é procurar hábitos deletérios, principalmente a sucção de dedo ou chupeta, os quais podem provocar maloclusões como mordida aberta, mordida cruzada posterior, protrusão dos incisivos superiores, diastemas, impactação dentária, hipodesenvolvimento de mandíbula e maxilar, ausência de selamento labial, repouso lingual inadequado, deglutição atípica e, conseqüentemente, respiração bucal.

O aleitamento materno não traz somente vantagens para o bebê, mas também para a mãe, como proteção contra anemia , hemorragia pós-parto, menor incidência de câncer de mama e de ovário, além de favorecer a anticoncepção.

Portanto, o aleitamento materno não tem associação com maloclusões, promove um correto desenvolvimento crânio-facial, além de uma nutrição completa, favorecendo o sistema imunológico do bebê e benefícios para a mãe.

2.3 IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

É por meio do aleitamento materno que o recém-nascido recebe os nutrientes necessários para o organismo, por isso é essencial que eles sejam alimentados durante os primeiros seis meses exclusivamente com leite materno. Porém, no mundo isso acontece com menos de um em cada três bebês. A partir dos seis meses podem ser acrescentado alimentos complementares, de preferência na forma pastosa, associados com a amamentação, que ainda deverá ser mantida por dois anos ou mais.

Vale lembrar que a má nutrição responde por uma em cada três mortes entre crianças menores de 5 anos, sendo mais de dois terços associadas a alimentação inapropriada no primeiro ano de vida da criança.

No caso do colostro (leite mais grosso e de cor amarelada produzido ao final da gestação), a recomendação é que ele seja dado ao recém-nascido até uma hora após o parto.

Segundo o Ministério da Saúde**,** o aleitamento materno funciona como uma verdadeira vacina e protege a criança de muitas doenças, como a anemia. Além disso, o leite é rico em molécula PSTI, responsáveis por proteger e reparar o intestino do bebê, o que é ótimo para evitar as cólicas intestinais que afligem os pequenos com frequência neste período.
Outro benefício é a sucção do peito que a amamentação exige. O movimento é um excelente exercício para o desenvolvimento dos músculos da face da criança e ajuda na formação da arcada dentária, da fala e, ainda, melhora a respiração da criança.

O aleitamento materno auxilia também a recuperação da mãe, diminundo o risco de hemorragia, anemia, diabetes, câncer de mama e de ovário. E mais: ainda ajuda a perder os quilinhos adquiridos durante a gravidez e a estreitar os laços entre a mãe e o bebê.

3 METODOLOGIA

Para a Elaboração do presente trabalho foi utilizada o método de revisão bibliográfica, exploratório e abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2002,p.44), " a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos".

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se pois, pode-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para hipótese que foi apresentada.

4 CONCLUSÃO

Mediante a pesquisa concluímos que o leite materno é um alimento insubstituível nos seis primeiros meses de vida de um bebê, pois nele contém todos os nutrientes necessários para si tornar um bebê saudável e protegida contra doenças infecciosas, formando assim um sistema imunológico resistente. O aleitamento materno não traz somente vantagens para o bebê, mas também para a mãe, como proteção contra anemia , hemorragia pós-parto, menor incidência de câncer de mama e de ovário, além de favorecer a anticoncepção.

Portanto, o aleitamento materno não tem associação com mal oclusões, promove um correto desenvolvimento crânio-facial, além de uma nutrição completa, favorecendo o sistema imunológico do bebê e benefícios para a mãe.

5 REFERÊNCIAS

ANATOMIA DAS MAMAS. Scielo, 14 setembro.2013. Disponivel em:<

http://www.saude-info.com/pdf/trab-enf/Anatomia_ da_mama.pdf>. Acesso em: 14 setembro.2013.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde.**Semana do aleitamento Materno ressalta importância da Amamentação.** SÃO PAULO,2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde.**Leite Materno,**2008.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento.** O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra. OMS – 1989.

ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL[1]

Poliana Oliosi Favero[2]

RESUMO

Compreende-se como saúde da mulher, o bem-estar geral da mulher, ou seja, estar bem em todos os aspectos: físico, mental, social; e tem-se que saúde mental não significa somente ter a ausência de transtornos mentais, é estar bem consigo e também com os outros, ter equilíbrio emocional, entre outras coisas que colaboram para o bem-estar da mente humana. A pesquisa estuda o transtorno disfórico pré-menstrual, e como objetivos específicos buscamos: conceituar o transtorno disfórico pré-menstrual, identificar os sinais e sintomas, ressaltar as consequências que poderão existir e orientar sobre a importância do tratamento. Trata-se de uma pesquisa com o tema saúde da mulher/saúde mental, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a mulheres em idade reprodutiva. Conclui-se que todos nós estamos susceptíveis a desenvolver algum transtorno mental ao longo da vida, e que muitas mulheres em idade reprodutiva sofrem com o Transtorno Disfórico Pré- Menstrual (TPM) grave, que pode interferir em vários âmbitos, pois afeta o lado emocional, físico, amoroso, destacando que também atinge as pessoas com quem essa mulher convive, podendo ser controlada através de acompanhamento médico e medicamentoso.

PALAVRAS-CHAVES: Mulher. Transtorno. Menstruação.

ABSTRACT

It is understandable how women's health, general well - being of women , ie , being well in all aspects : physical, mental, social ; and we have that mental health is not alone in the absence of mental disorders , is to be well of yourself and others , have emotional balance , among other things that contribute to the welfare of the human mind . The research studies the premenstrual dysphoric disorder , and specific objectives sought : conceptualizing the premenstrual dysphoric disorder , identify the signs and symptoms , emphasizing the consequences that may exist and guide on the importance of treatment . This is a survey of the topic of women health / mental health, for bibliographic , references exploratory , qualitative approach , with secondary data collection , targeted at women of reproductive age . We conclude that all of us are likely to develop a mental disorder during their lifetime , and many women of reproductive age suffer from Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS) severe , which may interfere in several areas , it affects the emotional side physical, loving, highlighting which also affects the people with whom this woman lives and can be controlled through medication and medical monitoring .

KEY WORDS: Woman. Nuisance. Menstruation.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de acadêmica do Curso de Enfermagem- MULTIVIX – Nova Venécia

[2] Acadêmica do 6º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX -Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Mediante o tema proposto, saúde da mulher/saúde mental, compreende-se como saúde da mulher, o bem-estar geral da mulher, ou seja, estar bem em todos os aspectos: físico, mental, social; e tem-se que saúde mental não significa somente ter a ausência de transtornos mentais, é estar bem consigo e também com os outros, ter equilíbrio emocional, entre outras coisas que colaboram para o bem-estar da mente humana.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE MENTAL

Conforme a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não nos deixa uma definição oficial de saúde mental, pois esta é influenciada pelas diferenças culturais e pela subjetividade.

Sabe-se que saúde mental não significa somente a ausência de transtornos mentais, uma vez que existe um conjunto de fatores que influenciam para que tenhamos uma mente sã, por isso é necessário o acompanhamento diário para que seja identificado o estado da saúde mental de cada indivíduo.

De acordo com Magalhães e Camargo (2012), a cada três pessoas, uma desenvolve algum tipo de transtorno mental no decorrer da vida, portanto, isso torna-se um problema comum entre os indivíduos.

2.2 TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

As mulheres que se encontram em idade reprodutiva, ou seja, passam pelo processo menstrual todos os meses a partir da adolescência, a menos que estejam grávidas, geralmente sofrem com o fenômeno chamado TPM, sofrendo com alterações físicas e psicológicas.

Quando está com TPM, a mulher geralmente fica mais sensível, estressada, com maior vontade de ingerir doces, principalmente chocolate, entre outros. Porém, nesse nível, é fácil conviver com o problema, e geralmente pode ser amenizado com uma alimentação balanceada e a prática de exercícios físicos.

Mas, segundo Magalhães e Camargo (2012), existe um tipo de TPM grave, chamado transtorno disfórico pré-menstrual, que causa sintomas psíquicos severos, sendo alguns deles: choro fácil, maior agressividade, facilidade de ocorrência de agressões físicas, e consequentemente, maior risco de acidentes. Geralmente, esses sintomas ocorrem da semana anterior ao período menstrual até alguns dias após o mesmo. Muitas mulheres podem apresentar ao menos um dos sintomas pré-menstruais de intensidade leve a moderada, portanto, isso se torna um problema comum à maioria delas. Essas mulheres tem maior prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente do humor, com maior risco para depressão ao longo da vida.

Isso tudo, torna-se um tanto incomodo para a mulher, pois muitas vezes o nível de estresse é tão alto que nem ela mesma aguenta seu mau-humor. Nesse sentido, sofrem também, de forma indireta, as pessoas que convivem com mulheres de TPM, pois de uma forma ou de outra, elas sempre acabam sendo atingidas.

Em muitos casos, é necessária a busca de acompanhamento médico a fim de amenizar os efeitos da TPM, e para que ela não traga grandes consequências, como por exemplo, agressões físicas a terceiros, ou a ela mesma.

Dentre as opções para tratamento medicamentoso, estão os inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRSs), que atuam no controle dos sintomas da TPM, apresentando rápida ação, e a retirada da medicação leva ao retorno imediato dos sintomas. Evidencia-se que a suplementação alimentar de cálcio pode ser útil no manejo dos sintomas.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho, utilizamos a pesquisa exploratória.

Neste sentido, Andrade (2001, p. 174) informa:

> Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho cientifico. São finalidades da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias avalia-se a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa sobre determinado assunto.

Já na concepção de Cervo e Bervian (2002, p. 69) "A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma".

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se, pois, pode-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta de dados, foi utilizada como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p.44), "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos".

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), "a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos".

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudado.

Para a realização do projeto é necessário pesquisas, que orientem no embasamento do trabalho, baseando-se em preceitos teóricos existentes sobre o tema proposto.

Portanto, devem definir as fontes utilizadas podendo assim favorecer o melhor entendimento e a busca de melhor desenvolvimento das informações que se resulta em dados para as pesquisas. No que cerne o presente projeto utilizar-se-ão fontes secundárias.

Andrade (2001, p. 43) corrobora descrevendo que as fontes secundárias têm como referências determinadas fontes primárias, ou seja, "são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primárias e assim constituem-se em fontes de pesquisas bibliográficas".

4 CONCLUSÃO

Conclui-se então, que todas nós estamos susceptíveis a desenvolver algum transtorno mental ao longo da vida, e que muitas mulheres em idade reprodutiva sofrem com TPM grave, que pode interferir em vários âmbitos, pois afeta o lado emocional, físico, amoroso, destacando que também

atinge as pessoas que com essa mulher convivem. Porém, essa TPM pode ser controlada através de acompanhamento médico e medicamentos.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

CONCEITO de Saúde Mental. **Conceito.de,** s.l., 24 set. 2011. Disponível em: <http://conceito.de/saude-mental>. Acesso em: 17 set. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MAGALHÃES, Naiara; CAMARGO, José Alberto de. **Não é coisa da sua cabeça.** Belo Horizonte: Gutenberg, 2012.

SPP/DVSAM - Saúde Mental. Definição de Saúde Mental. **Secretaria da Saúde,** Paraná, s.d. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059#>. Acesso em: 17 set. 2013.

TRANSTORNO Disfórico Pré-Menstrual. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4853>. Acesso em: 03 jun. 2014.

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA[1]

Celianne de Oliveira da Silva[2]

Jordane Furtado[2]

Maécia Gusmão Sales[2]

Natiele Ferreira Rafalski [2]

RESUMO

Mediante o titulo proposto: saúde da mulher abordamos à gravidez na adolescência. A pesquisa demonstra que na adolescência tudo fica diferente. Descobre-se várias sensações que não se conhecia e conquista-se mais liberdade para escolher o que se quer. Temos como objetivo geral discutir a gravidez na adolescência, e como específicos busca-se: identificar os sinais da gravidez; listar a dificuldade do pré-natal; avaliar as dificuldades encontradas pelas adolescentes no período da gravidez. Trata-se de um estudo por referências bibliográficas, exploratório, com abordagem qualitativa, com coleta de dados primários, direcionados a adolescentes grávidas. Concluímos que o alto índice de adolescentes grávidas ocorre pelo fato do não conhecimento prévio de formas de prevenção, associada a falta de diálogo no ambiente familiar que também influência diretamente no comportamento sexual da adolescente .

PALAVRAS-CHAVES: Adolescente. Gravidez. Pré-natal.

ABSTRACT

Through the proposed title: women's health approach to teenage pregnancy. Research shows that teenage everything is different. Discovers various sensations that do not know and conquer is more freedom to choose what you want. We discuss the general objective teenage pregnancy, and how specific it seeks to: identify the signs of pregnancy; list the difficulty of prenatal care; assess the difficulties encountered by adolescents during pregnancy. This is a study of literature, references exploratory, qualitative approach, with primary data collection, targeted to pregnant teens. We conclude that the high rate of teenage pregnancies occur because of no prior knowledge of prevention methods, associated with lack of dialogue in the family environment that also directly influence the sexual behavior of adolescents.

KEYWORDS: Teenager. Pregnancy. Prenatal

---

[1]Artigo de Iniciação Científica de acadêmicas do Curso de Enfermagem MULTIVIX – Nova Venécia

[2]Acadêmicos do 6º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia-MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Mediante o titulo proposto: saúde da mulher abordamos à gravidez na adolescência. A pesquisa demonstra que na adolescência tudo fica diferente. Descobre-se várias sensações que não se conhecia e conquista-se mais liberdade para escolher o que se quer.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O QUE É ADOLESCÊNCIA

É a fase que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Caracteriza-se por alterações em diversos níveis - físico mental e social e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto.

2.2 O QUE É GRAVIDEZ

É a fase em que o embrião se adapta e desenvolve-se dentro da barriga da mãe, a partir daí então, o organismo da mãe passa a ter uma nova "missão": garantir o sustento e proteção para um embrião em desenvolvimento.

Nesse período o corpo sofre constantes modificações, mês a mês, semana a semana. Durante a gravidez a produção de hormônios sofre alterações, diminuindo o metabolismo e tornando a mulher mais cansada.

Ocorre também mudanças no humor, decorrentes da alteração hormonal causando maior sensibilidade e/ou nervosismo, após o 3º mês o corpo também acaba se modificando para melhor acomodar o bebê no útero, uma gravidez normal dura em torno de 39 semanas (9 meses).

Segundo Lauredo (2013) chamamos de gravidez o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra a gravidez é necessário que o óvulo, gameta feminino seja fecundado pelo o espermatozóide, gameta masculino. O resultado dessa fecundação da origem ao zigoto, que após várias mitoses se transforma no embrião. Quando esse embrião chega ao útero, ele se fixa na parede uterina em um processo que conhecemos como nidação, que ocorre geralmente no 7º dia após a fecundação. Assim que ocorre a nidação, tem-se o início da gravidez, também chamada de gestação. Na espécie humana, a gravidez dura aproximadamente nove meses ou cerca de trinta e nove semanas.

2.3 O QUE É PRÉ-NATAL

É a assistência, na área da enfermagem e da medicina, prestada à gestante durante os nove meses de gravidez, visando evitar problemas para a mãe e a criança, nesse período e no momento do parto.

Durante a gravidez, os pais podem escolher fazer o exame pré-natal, ou seja, diagnósticos para verificar se haverá deformações nos genes e nos cromossomos do embrião ou do feto.

Segundo Lauredo (2013) o pré-natal é o acompanhamento médico que toda gestante deve ter, a fim de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Durante toda a gravidez são realizados exames laboratoriais que visam identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança.

É importante que as futuras mamães comecem a fazer seu pré-natal. São importantes para detectar problemas, como doenças que possam afetar a criança ou o seu desenvolvimento no útero.

Já o Ministério da Saúde diz que o pré-natal é o acompanhamento da evolução da gestação, em geral realizado pelo obstetra, que visa cuidar da saúde da mulher e de seu bebê até que o parto ocorra. Vai além do cuidar da saúde física, pois durante o pré-natal que o médico orienta a mulher sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, a nutrição, exercícios, trabalho de parto aleitamento e entre outros. Há oportunidades de conversar sobre suas dúvidas e seus medos, de ter um apoio.Algumas vezes outros profissionais de saúde, além do obstetra, são requisitados para avaliar e ou orientar a gestante.

3 METODOLOGIA

É sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Com relações as pesquisas, é usual a classificação com base em seus objetivos gerais. Deste modo, o tipo de pesquisa que se adéqua ao trabalho é a exploratória.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, utilizamos como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p. 44), "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos". A pesquisa tem como fonte todas as adolescentes

4 CONCLUSAO

Tendo em vista os dados da adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar serias consequência para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos, pois envolvem crises e conflitos, fazendo com que muitos adolescentes saiam de casa, cometam abortos, deixando os estudos ou abandonam as crianças sem saber o que fazer, ou fugindo da sua responsabilidade.

É de grande importância que a gravidez na adolescência possa se amenizar e que todas estejam consciente e atentas aos cuidados que devem ser tomados.

A gravidez pode estar relacionada com diferentes fatores, desde estrutura familiar, formação psicológica e baixa autoestima. Por isso, o apoio da família é a base que poderá proporcionar compreensão, dialogo, segurança, afeto e auxilio para que tanto os adolescentes envolvidos quanto a criança que for gerada se desenvolva saudavelmente.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOUREDO, Paula. A Gravidez e seus Acontecimentos, Brasil Escola,2002.Disponível em:<http://www.brasilescola.coma/biologia/pre-natal.htm>Acesso em:30 set 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. Manual Técnico. 3ª. Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66p. Disponível em:

HTTP://saudetotal.com.br/atigos/mamaebebe/gestacao.asp. Acessado em: 30 Set 2013.O que é Adolescência. Colégio Web, Futura. 2007. Disponível em:<HTTP//WWW.colegioweb.com.br/trabalhos-escolares/sexualidade/adolescencia/o-que-e-a-adolescencia.html>. Acesso em: 30 Set 2013.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR[1]

Fabiana Oliveira Santos Silva[2]

Luana Alves Santos[3]

Nelma Gomes Oliveira Santos[3]

RESUMO

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n°1451, de 10/03/1995, temos: Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. O artigo relata os problemas enfrentados pelos enfermeiros socorristas dentro e fora do âmbito hospitalar no Estado do Espírito Santo, Brasil, tendo como objetivos específicos: identificar as dificuldades encontradas pelo profissional de enfermagem na prestação dos primeiros socorros e a atuação do enfermeiro na liderança da equipe de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa com o tema urgência e emergência, por referencias bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado ao enfermeiro no atendimento pré- hospitalar. Concluímos que o enfermeiro socorrista passa por situações que exige a necessidade de recorrer a procedimentos técnicos embasados em protocolos assistenciais nos quais valorizam habilidades com: agilidade, tomada de decisões, trabalho de equipe e liderança. Estas são capacidades fundamentais para alcançar um objetivo em comum, que é o de desenvolver ações para salvar vidas em situação de emergência.

PALAVRAS-CHAVES: Urgência e Emergência. Atendimento pré-hospitalar. Enfermeiro.

ABSTRACT

According to the Federal Medical Council, in its Resolution No 1451 CFM of 10/03/1995, we have: Urgency: occurrence of unexpected health problem with or without potentially life whose carrier requires immediate medical attention. Emergency: finding medical conditions health problem involving imminent risk of life or intense suffering, and therefore requires immediate medical treatment. Had as general objective reporting problems faced by rescuers nurses inside and outside the hospital under the State of Espírito Santo, Brazil, and specific: We understand what are the difficulties encountered by nursing professionals inside and outside the hospital environment, time to pay the first aid to the victim, is in urgent or emergency; work of nurses to lead the team that had rendered first aid. Is a research topic with the urgency and emergency, for bibliographic, references exploratory, qualitative approach, with collections of secondary data, aimed at nurses in pre -hospital care. We conclude that the paramedic nurse goes through situations that require the need for technical procedures grounded in care protocols in which value skills: agility, decision making, teamwork and leadership. These capabilities are key to achieving a common goal, which is to develop actions to save lives in emergency situations.

KEY WORDS: Emergency Department. Prehospital care. Nurse.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de Acadêmicas do Curso de Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia.

[2] Acadêmica do 5° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia - MULTIVIX – Nova Venécia.

[3] Acadêmicos do 6° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia - MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n°1451, de 10/03/1995, temos: Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

De acordo com a Lei nº7.498 DE 25/06/1986, a nível Federal e Estadual, a equipe de enfermagem é composta por: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

É pertinente e necessário que os profissionais busquem conhecimentos, por meio de educação permanente em saúde. Sobre o fato, são considerados dois aspectos relevantes. O primeiro refere-se às necessidades pessoais do próprio profissional, em investir continuamente no desenvolvimento de seus conhecimentos. Cabe, também, à instituição proporcionar a esses trabalhadores ações educativas que podem se valer de diversas estratégias, as quais incluem: palestras, seminários, oficinas e estágios em locais que atendam pessoas em situações de risco.

Estes profissionais, inseridos em outros cenários, poderão vivenciar diferentes.

Situações e condições que reforcem suas práticas, assim como incorporar novos conhecimentos teóricos e práticos que possam subsidiar a contínua qualificação dos sujeitos trabalhadores dos serviços de resgate.

2.2 URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

2.2.1 O que é urgência

Condição que indica gravidade, mas geralmente não perigosa. Estado que necessita de encaminhamento rápido ao hospital. O tempo gasto entre o momento em que a vitima é encontrada e o seu encaminhamento deve ser o mais curto possível.

Ex.: queimaduras; estado de pânico agudo; dor abdominal grave (RODOVIDA, 2011).

2.2.2 O que é emergência

Condição potencialmente ameaçadora a vida ou á ação normal de um órgão em estado grave, que necessita atendimento médico imediato com mais alta prioridade.

Ex.; parada cardíaca; choque profundo; traumatismo craniano (RODOVIDA,2011).

2.2.3 Emergências

Quando ocorre uma emergência, o primeiro passo é alguém reconhecer que a emergência ocorreu e ativar o sistema dos SME. As pessoas que estão no local podem ligar para o telefone de emergências, por exemplo, ou um membro da família pode fazer o mesmo para pedir ajuda para alguém na sua casa.

Como primeiro-socorrista, você pode ser o primeiro a aparecer na cena e ser você a pedir ajuda ou pode ser que seja o primeiro socorrista da área medica enviado para o local (CHAPLEAU, 2008).

Ao chegar ao local, você deve dizer ao paciente que é um socorrista treinado e perguntar o que aconteceu ao próprio paciente ou as pessoas que estão no local. Ao contrario dos demais socorristas, o primeiro- socorrista enfrenta desafios de prestar atendimento de emergências sem contar com a ajuda de outras pessoas com treinamento de emergência. Você pode estar cercado de uma platéia de pessoas bem – intencionadas, porém sem treinamentos e algumas vezes você pode precisar da ajuda delas. Você deve dar suas instruções de forma claras e depois pedir á pessoa que estiver te auxiliando para repetir as suas instruções, para ter certeza que ela as compreendeu. (CHAPLEAU, 2008).

Uma função freqüente das pessoas que estão no local é ajudar ligando para solicitar ajuda de outros socorristas, se o SME não tiverem ainda sido contatados, quando você chega na cena. A informação mais importante que o operador de emergência precisa é a sua localização, por isso peça que seja alguém que possa dar mais informações detalhadas e precisas no local a fazer a ligação remota, ou numa instalação industrial ou em qualquer lugar que não seja fácil de achar a partir da rua, você deve pedir a alguém para esperar a ambulância na estrada principal e levar a equipe até o local (CHAPLEAU, 2008).

2.3 ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR (APH)

É o conjunto de procedimentos técnicos realizados no local da emergência e durante o transporte da vitima, visando mantê- la com a vida e estável, evitando o agravamento das lesões existentes e fornecendo um transporte rápido e adequado até um serviço de referência (RODOVIDA,2011).

2.3.1 Reconhecimento do local da ocorrência

Reconhecimento da situação, realizando pelo socorrista no momento em que chega ao local da emergência. O reconhecimento é necessário para que o socorrista possa avaliar a situação inicial, decidir o que fazer e como fazer (RODOVIDA, 2011).

2.3.2 Avaliação geral do paciente

A avaliação é a pedra fundamental para o melhor atendimento ao acidentado. A primeira meta é determinar a situação atual da vítima. Desenvolve-se uma impressão geral, estabelecem-se valores basais para o estado respiratório, circulatório e neurológico. Em seguida, são rapidamente encontradas e tratadas as condições que ameaçam a vida. Se o tempo permitir, mais frequentemente quando o transporte esta sendo efetuado, é feita uma avaliação detalhada de lesões sem risco de vida ou que comprometam membros (RODOVIDA,2011).

Todas essas etapas são realizadas com rapidez e eficiência com o intuito de minimizar o tempo gasto na cena. Não se pode permitir que doentes graves permaneça no local do trauma para outro cuidado que não o de estabilizá-los para transporte, a menos que estejam presos ou existam outras complicações que impeçam o transporte imediato (RODOVIDA,2011).

2.3.3 Exame da cena

Antes de iniciar o atendimento propriamente dito, a equipe de socorro deve garantir sua própria condição de segurança, a das vitimas e a dos demais presentes. De nenhuma forma qualquer membro da equipe deve se expor a um risco com chance de se transformar em vítima, o que levaria a deslocar ou dividir recursos de salvamento disponíveis para aquela ocorrência (RODOVIDA,2011).

2.4 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Entre as competências e atribuições do enfermeiro, encontram-se: supervisionar e avaliar as ações da equipe no APH; prestar o atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente no local do evento e durante o transporte; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves, e com risco de morte; ter capacidade de tomar decisões imediatas, e conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: Rede básica, rede de urgência, considerando as portas de entrada hospitalares e não hospitalares.

3 METODOLOGIA

O trabalho tem como metodologia a pesquisa exploratória, por referências bibliográficas, com busca em diversos livros e artigos científicos.

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudado.

4 CONCLUSÃO

O profissional que atua no atendimento pré-hospitalar (APH) deve se ancorar em alguns princípios, como a estruturação dos serviços, organização do processo de trabalho e apoio educativo e psicológico, como forma de qualificar a assistência e, consequentemente, obter resultados positivos com redução de riscos, sejam estes para os trabalhadores ou para os usuários. Os serviços de APH são pautados por intervenções inconstantes, situação na qual existe a necessidade de recorrer a procedimentos técnicos embasados em protocolos assistenciais, nos quais se valorizam habilidades, como: agilidade, tomada de decisões, trabalho de equipe e liderança. Estas são capacidades fundamentais para alcançar um objetivo em comum, que é o de desenvolver ações para salvar vidas em situação de emergência.

Ainda com relação à assistência do enfermeiro no atendimento ao indivíduo em situação de risco, verificou-se nos relatos dos respondentes que há sentimentos de impotência diante de situações com resolubilidade insatisfatória, contrabalançando-se com a satisfação dos resgates bem sucedidos.

Neste sentido, conhecer os significados e as vivências de trabalhadores do serviço de APH ajuda a entender o processo como um todo, no qual o sucesso nas ações é decorrente de fatores estruturais, processos e formas de intervir, situação na qual se exacerba o fazer técnico, mas sem esquecer a questão humanística.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução á metodologia do trabalho cientifico. 5.ed. São Paulo: Atlas,2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAPLEAU,Will. Manual de Emergências. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2008.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas,2002.

RODOVIDA, Treinamentos. Atendimento Pré- Hospitalar. Apostila Suporte Básico de vida.Vila Velha,2011.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul. Enferm., 2000, v.13, n.3, p.59-65.

OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA JR., E. V. Trauma: Atendimento Pré-Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2004.

IMPORTÂNCIA DA ASSISTENCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)[1]

Carla Thomaz[2]

Francisco Ferreira Filho[2]

Lorrâne Felisberto Amorim[2]

RESUMO

A assistência pré- natal é importante para o preparo da maternidade. Deve ser vista como um trabalho de prevenção de problemas físicos e psicológicos para gestante e o feto. A assistência recebida pela mulher durante a gestação previne mortes por doenças hipertensivas, hemorragias e outras. Um pré – natal adequado é essencial para diminuir a mortalidade da mãe e do bebê, durante o parto. O artigo analisa a importância da assistência pré- natal no Programa Saúde da Família (PSF) e como objetivos específicos: descreve a consulta de enfermagem prestada à gestante no PSF e avalia a assistência prestada do profissional diante do paciente. Trata- se de uma pesquisa com o tema Saúde da Mulher e Assistência Pré- Natal, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a mulheres grávidas. Com a pesquisa concluímos que o pré- natal no PSF é de extrema importância, pois através dele é possível acompanhar a gestação e detectar problemas existentes, mas também é um momento em que a mulher tem possibilidade de aprender sobre si e sobre sua criança. Um pré- natal adequado é a essência para diminuir a mortalidade da gestante e do feto, permitindo um desenvolvimento saudável da criança e reduzindo os riscos da gestante.

PALAVRAS-CHAVES: Programa da Saúde da Família (PSF). Saúde. Pré- natal.

ABSTRACT

Prenatal care is important for the preparation of motherhood . Should be seen as a work of preventing physical and psychological problems for the pregnant woman and the fetus . The care received by the mother during pregnancy prevents deaths from hypertensive disease , hemorrhages and other . A pre - suitable home is essential to reduce the mortality of the mother and baby during childbirth . The article analyzes the importance of prenatal care in the Family Health Program (PSF) and specific objectives describes the nursingconsultation provided to pregnant women in the PSF and evaluates the professional assistance before the patient. This is a research on the theme of Women's Health and Prenatal Care for bibliographic , references exploratory , qualitative approach , with secondary data collection , targeted to pregnant women . With the research concluded that prenatal FHP is of utmost importance , because through it you can follow the pregnancy and detect existing problems , but it is also a time when a woman has possibility to learn about you and your child .

---

[1] Artigo de Iniciação Cientifica de Acadêmicos do Curso de Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia

[2] Acadêmicos do 6° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

Adequate prenatal care is the essence to reduce mortality of the mother and the fetus , allowing for a healthy child development and reducing the risks of pregnant women .

KEYWORDS : Family Health Program (PSF) . Prenatal Health .

1 - INTRODUÇÃO

A assistência pré- natal é importante para o preparo da maternidade. Deve ser visto como um trabalho de prevenção de problemas físicos e psicológicos na gestante e no feto. Essa assistência recebida pela mulher durante a gestação previne mortes por doenças hipertensivas, hemorragias e outras. Um pré – natal adequado é essencial para diminuir a mortalidade da mãe e do bebê, durante o parto.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um movimento que se estruturou em 1966, nos Estados Unidos, quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos para uma política federal e estadual que financiassem a formação de médicos de famílias em cursos de pós graduação (JÚNIOR, 2003).

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Seu principal propósito é o de reorganizar a prática de atenção a saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. O PSF enfatiza o exercício de práticas de humanização da atenção com atividades de vista domiciliar e internação hospitalar.

Com o advento do Programa de Saúde da Família, o enfermeiro como membro da equipe, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência do pré- natal. A atuação do enfermeiro no cuidado às gestantes vem ganhando destaque desde a implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM).

A equipe do PSF é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários da saúde. A participação do enfermeiro nas equipes do PSF tem sido de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial. No entanto, é notório que este papel vem sendo submetido a impasses, desafios, responsabilidades, políticas salariais, acesso a qualificação e indefinição de vínculo empregatício.

2.2 PRÉ- NATAL

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza uma série de recursos necessários para a organização de rotinas e procedimentos do pré- natal, são eles: disponibilidade de recursos humanos; presença de médico, enfermeiros ou outro profissional de saúde para atendimento pré- natal e puerperal; recursos físicos, para o atendimento da gestante e familiares, sendo um ambiente com boas condições de higiene, ventilação e que possibilite privacidade nas consultas e exames clínicos

ou ginecológicos. Equipamentos e instrumentos mínimos, mesa e cadeira, balança antropométrica, escada com dois degraus, foco de luz, esfigmomanômetro, estetoscópio clinico, estetoscópio de Pinard, fita métrica flexível e inelástica, espéculos, pinça Cheron, material para a coleta de exame colpo citológico, sonar Doppler (se possível), gestograma ou disco obstétrico, e disco para IMC (Índice de Massa Corporal); apoio laboratorial para a realização dos exames, dosagem de hemoglobina, dosagem de hematócrito, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis, glicemia de jejum, sumário de urina, colpo citologia oncótica, teste anti- HIV, sorologia para hepatite B, sorologia para toxoplasmose, urocultura, teste de intolerância a glicose e Coombs indireto; instrumentos de registro, processamento e análise dos dados para o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, sendo feito o uso do cartão da gestante, no qual deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, ficha Peri natal utilizada pelo profissional de saúde; ficha de cadastramento da gestante, que deve conter as informações da gestante e mapa do registro diário; medicamentos essenciais, antiácidos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, supositório de glicerina, hioscina, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivo, anticonvulsivantes e cremes vaginais; a gestante de vê ser imunizada contra o tétano, através da vacina dupla tipo adulto.

Existem várias vantagens para as gestantes na execução do pré- natal, entre elas destacam- se: identificar doenças que já estão presentes no organismo, porém, evoluindo de forma assintomática, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, entre outras. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo á mulher, não só durante a gestante, mas por toda a vida; detecta problemas fetais, como más formações.

Os principais objetivos destacados na realização do pré- natal são: preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura); fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré- natal; orientar sobre a manutenção essencial de estado nutricional apropriado; orientar sobre o risco do uso de medicações que possam afetar o feto ou o parto ou medidas inadequadas que possam prejudicar o feto; tratar das manifestações físicas próprias da gravidez; tratar de doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez; fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela; orientar psicologicamente a gestante para o enfrentamento da maternidade; nas consultas médicas o profissional deverá orientar a paciente com relação a dieta, higiene, sono, hábito intestinal, exercícios, vestuários, recreação, sexualidade, hábitos de fumo, bebidas alcoólicas, drogas e outras orientações que se façam necessárias.

2.2.1 Importância do Pré-Natal

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

2.2.2 Vantagens do pré-natal

Permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida;
detecta problemas fetais, como más formações. Algumas delas em fases iniciais permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal;avalia ainda aspectos

relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado. Sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos;
identifica precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil.

2.2.3 Principais objetivos

Preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura);
fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal;
orientar sobre a manutenção essencial de estado nutricional apropriado;
orientar sobre o uso de medicações que possam afetar o feto ou o parto ou medidas que possam prejudicar o feto;
tratar das manifestações físicas próprias da gravidez;
tratar de doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez;
fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela;
orientar psicologicamente a gestante para o enfrentamento da maternidade;
nas consultas médicas, o profissional deverá orientar a paciente com relação a dieta, higiene, sono, hábito intestinal, exercícios, vestuário, recreação, sexualidade, hábitos de fumo, álcool, drogas e outras eventuais orientações que se façam necessárias.

2.3 GRAVIDEZ

Uma agenda repleta de compromissos passa a fazer parte do dia a dia da mulher assim que se constata uma gravidez. Consultas, avaliações físicas e outros exames, que devem ser realizados em laboratório de análises clínicas e medicina diagnóstica, preenchem nove meses de uma intensa maratona médica.

A freqüência e o teor das consultas variam de acordo coma conduta de cada médico e também conforme as peculiaridades da gestação, em geral a paciente é orientada a retornar ao consultório do obstetra mensalmente até o sétimo mês de gravidez. No oitavo, ocorrem duas visitas, uma em cada quinzena. Já no nono e últimos dias, o encontro com o especialista passa a ser semanal. Toda essa rotina serve para cuidar da saúde de mãe e filho e acompanhar de perto o desenvolvimento do bebê.

Os pontos abordados e as avaliações feitas durante uma consulta de pré- natal são: conversar com a paciente para saber como anda seu estado geral, quais sintomas vem apresentando e, a partir da 20ª semana indagação sobre os movimentos do feto; aferição da pressão arterial; verificação do peso; observação da altura e da circunferência abdominal; ausculta dos batimentos cardíacos do feto; e a solicitação de exames médico (laboratoriais, de imagem e outros, se necessário).

3- METODOLOGIA

Trata- se de uma pesquisa por referências bibliográficas, exploratória, a partir de fontes secundárias: dados do Ministério da Saúde e levantamento de artigos publicados.

4 – CONCLUSÃO

Com o artigo conclui-se que o pré- natal é de extrema importância no período gestacional, pois assim pode-se observar e detectar problemas existentes que podem comprometer a gravidez e por em risco a vida da gestante e da criança.

A consulta de enfermagem se torna indispensável, porque contribui para que a gestante passe por essa etapa da vida com tranqüilidade e calma, com orientações, recomendações e explicações que o profissional passa durante a consulta. Um pré- natal realizado adequadamente é essencial para diminuir o grau de mortalidade da mulher e do feto, ocasionando uma vida saudável para ambos e reduzindo os riscos existentes.

5 – REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho cientifico**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. **Assistência pré- natal, manual técnico.** 3.ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html >. Acesso em: 25 maio. 2014 as 11:00h

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia cientifica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CUNHA, M. A; MAMEDE, M. V; DOTTO, L. M. G; MAMEDE, F. V. **Assistência pré- natal:** competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Ana Nery, rev. Enfermagem, 2009

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NERY, Thaís Araujo; TOCANTINS, Florence Romjim. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o seguinte da ação de assistir a gestante. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-92, jan./mar. 2006.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO[1]

Letícia Gomes Vieira Lopes Benedito[2]

RESUMO

No estudo da Saúde da mulher abordamos os cuidados nas fases de sua vida, desde a fase reprodutiva ao climatério. O trabalho aborda a saúde da mulher no aleitamento materno, uma etapa de extrema importância em sua vida, tendo como objetivo geral informar as vantagens do aleitamento materno e como específicos: identificar as vantagens do aleitamento materno, listar as vantagens para a puérpera e para o recém-nascido, apresentar as dificuldades de amamentar e as posições mais apropriadas. Trata-se de uma pesquisa com o tema vantagens do aleitamento materno, por referências bibliográficas, exploratória, de abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a mulheres em aleitamento. Com a pesquisa podemos concluir que é fundamental a mulher conhecer a forma dos seus seios, a técnica de amamentar, a melhor posição e os cuidados com a mama e os problemas que podem surgir para facilitar a amamentação e trazer conforto para a puérpera ao amamentar.

PALAVRAS-CHAVES: Aleitamento. Mulher. Vantagens.

ABSTRACT

In the study of women's health care approach phases of his life from childbearing years to menopause. The paper discusses women's health lactation, a stage of extreme importance in your life with the overall objective to inform the benefits of breastfeeding and how specific: identify the advantages of breastfeeding, to list the advantages and the postpartum newborn, show the difficulties of breastfeeding and the most appropriate positions. This is a survey of the topic advantages of breastfeeding for bibliographic, references exploratory, qualitative study with secondary data collection, targeted to nursing women. Through research we can conclude that the woman is essential to know the shape of your breasts, the breastfeeding technique, the best position and the breast care and the problems that may arise to facilitate breastfeeding and bring comfort to postpartum while breastfeeding.

KEYWORDS: Lactation. Woman. Advantages

---

[1] Artigo de Iniciação Cientifica de acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem MULTIVIX- Nova Venécia

[2] Acadêmica do 5ª Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia MULTIVIX – Nova Venécia

1 INTRODUÇÃO

Em Saúde da mulher estudamos os cuidados nas fases de sua vida, desde a fase reprodutiva ao climatério. Iremos tratar da saúde da mulher no aleitamento materno, uma etapa de extrema importância em sua vida reprodutiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DAS MAMAS

As formas do corpo humano são variáveis, cada mulher possui uma forma de corpo diferente. No aleitamento é muito importante que a mulher conheça a forma dos seus seios, pois assim terá mais facilidade de amamentar. Para cada tipo de seio existe uma forma para amamentar, para que fique mais confortável para a puérpera e para o bebê.

Segundo Schmitz (2005) "na mulher, as glândulas mamarias estão simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax e se estendem verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente da margem do esterno até a linha médio-axilar. São ricamente vascularizadas e nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da axilar, estando embebidas em tecido adiposo e conjuntivo. A forma, o tamanho e a consistência variam nas diferentes idades e nos diferentes indivíduos de acordo com a etnia, biótipo e o grau de adiposidade, entre outros fatores. Na mulher jovem nulípara, o corpo mamário é proeminente, coniforme, discoidal ou hemisférico, com consistência elástica firme. Torna-se gradualmente mais flácido e pendular com a idade e o numero de gestações" (SCHMITZ, 2005, p.26).

"A mama é formada por duas porções distintas: parênquima e o estroma mamário. A pele que reveste as mamas é macia e está constituída de glândulas sudoríparas e sebáceas, sem particularidades especiais" (SCHMITZ, 2005, p.26).

"Cada mama tem na sua porção apical o mamilo que está constituído de tecido erétil, dotado de grande sensibilidade, determinada pelas terminações nervosas sensoriais. Possui papilas dérmicas altas e fibras musculares lisas circulares e longitudinal, que o torna mais rígido e saliente especialmente na gestação e período menstrual" (SCHMITZ, 2005, p.27).

Anatomicamente pode ser classificado em:

"Mamilo normal: extremamente elástico, de fácil apreensão, apresenta-se saliente e em plano diferente da região areolar, formando um ângulo de 90º entre o mamilo e a aréola. O grau de saliência ou protrusão é determinado pelo seu comprimento, podendo ser protruso ou semiprotruso" (SCHMITZ, 2005, p.27).

"Mamilo plano: sinta-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois. É de tecido pouco elástico, devido a grande quantidade de aderências de tecido conetivo existente em sua superfície" (SCHMITZ, 2005, p.27).

"Mamilo invertido: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo" (SCHMITZ, 2005, p.27).

"Mamilo pseudo-invertido: aparentemente com as mesmas características do mamilo invertido, só que de fácil correção após estímulos e manobras para exteriorização" (SCHMITZ, 2005, p.28).

"Atelia: ausência de mamilos nas mamas" (SCHMITZ, 2005, p.28).

2.2 FISIOLOGIA ENDÓCRINA DAS MAMAS NA AMAMENTAÇÃO

De acordo com Gadelha (2014) “Morfologicamente cada glândula mamaria é composta de 15 a 20 lobos envolvidos por tecido adiposo. A quantidade desse tecido determina o tamanho e da forma da mama, mas é independente da capacidade de amamentação. Cada lobo subdivide-se em lóbulos, que contém os alvéolos (glândulas) que secretam o leite para os túbulos secundários. Esses convergem nos ductos mamários, que por sua vez, confluem no canal galactóforo que se abre no mamilo”.

Gadelha (2014) relata que durante a gravidez, a enorme quantidade de estrogênio produzido pela placenta estimula o crescimento e a ramificação do sistema ductal. A insulina, o cortisol, a tiroxina, hormônios estimuladores do metabolismo proteico, são também importantes no crescimento do sistema de ductos. Depois do desenvolvimento do sistema de ductos, a progesterona atua sinergicamente com o estrogênio (e também com todos os outros hormônios) no estimulo do crescimento dos alvéolos e no desenvolvimento das características secretoras. Apesar de o estrogênio e a progesterona promoveram o desenvolvimento físico das mamas durante a gestação, inibem a secreção de leite. A ejeção do leite é devido a um reflexo neuroendócrino, desencadeado pelo estimulo da sucção mamilar que, conduzido pelos nervos somáticos e medula espinhal, chega ao hipotálamo. Nessa região, ocorre a inibição dos neurônios dopaminérgicos e maior liberação de prolactina, estimulando a secreção alveolar de leite. Além disso, há também, por mecanismo refluxo, a liberação de ocitocina pela hipófire posterior. A ocitocina estimula a contração das células mioepiteliais circundam os alvéolos mamários e a contração das paredes do canal galactóforo, permitindo a chegada do leite ao mamilo. A ejeção do leite, pode ainda ser estimulada por impulsos visuais, auditivos e tácteis (por exemplo: o choro do bebê, o contato físico). A estimulação adrenérgica (estresse ou ansiedade) pode inibir a secreção de ocitocina e impedir a ejeção do leite.

2.3 LEITE MATERNO

Muitas mulheres não tem o conhecimento sobre a importância do leite materno, acham que se optarem em não amamentar não vai fazer diferencia para o seu bebê, sendo que o leite materno é essencial para o recém-nascido.

De acordo com Paulino (2009, p.165) “a principal vantagem do leito de peito está na composição dos nutrientes. Ele atende a todas as necessidades nutricionais da criança até os 6 meses de vida. A qualidade e a quantidade dos seus componentes, como proteínas, água, vitaminas e sais minerais, satisfazem as necessidades do bebe. Além disso, o bebe aproveita muito melhor o leite materno, digerindo e absorvendo mais nutrientes do que quando toma leite de vaca ou outro tipo de leite.”

Segundo Paulino (2009,pag. 176) “até os 6 meses, o leite materno supre todas as necessidades nutricionais, chamados alimentos complementares. A criança deverá receber, então, o leite materno e outros alimentos que atendam à suas necessidades, principalmente com ferro e vitamina A. A introdução de qualquer outro alimento ou liquido, inclusive chás, sucos e água, inicia o processo de desmane da criança. O desmame da criança deve ser lento, é preciso que os novos alimentos sejam introduzidos com cuidado. O desmame só irá se completar quando ocorre a suspensão completa do leite materno. O aleitamento materno deve continuar até os 24 meses de idade da criança ou mais, juntamente com outros alimentos. No período de transição entre o leite materno e a alimentação da família, a amamentação irá complementar as necessidades nutricionais da criança. Portanto, o processo de desmame é um momento delicado para a criança, sobretudo se ocorrer muito cedo, de maneira brusca ou desequilibrada. Deve-se ficar atento se o ganho de peso está adequado, evitando-se o desenvolvimento da desnutrição e de outras doenças”.

2.4 VANTAGENS DO ALEITAMENTO

As vantagens do aleitamento são inúmeras, e não são só para o bebê, mas também para a mamãe, para a família. O bebê que não recebe o leite materno esta mais propensa a algumas doenças.

Segundo Paulino (,2009, p.166) está comprovado por muitos estudos que, em condições precárias de vida, com falta de saneamento básico e água limpa, as chances de a criança ter diarreia e outras infecções são muitas vezes maiores quando ela toma leite artificial do que quando está sendo amamentada por sua mãe. Além disso, hoje se sabe que o leite materno contém fatores de proteção. Os chamados anticorpos, contra muitas doenças. Essas substâncias, que passam do leite da mãe para o filho, protegem a criança. O primeiro leite é chamado colostro, tem uma grande quantidade desses anticorpos, por isso a amamentação deve começar logo após o nascimento, preferencialmente na primeira hora de vida, donde podemos afirmar que o colostro é a primeira vacina que o bebê recebe.

Paulino afirma também que "o leite do peito é muito mais higiênico, não tem risco de contaminação, porque não precisa ser preparado, passa direto do peito para a boca da criança e já vem na temperatura certa". É mais pratico, porque já está pronto e aquecido, não se perde tempo preparando-o, nem lavando mamadeiras e panelas. Outro fato muito comum quando a criança começa a tomar outro leite que não o da mãe é a dificuldade em preparar o leite de vaca nas medidas certas. Como é muito caro, na hora de preparar as mamadeiras, a mãe acaba misturando mais água do que o indicado. Isso faz com que o bebê não receba as quantidades de nutrientes necessárias ao seu crescimento saudável. Mesmo quando o leite é distribuído nos serviços de saúde, a quantidade geralmente não é suficiente. Uma das soluções que as mães encontram é colocar no leite misturado com a água, creme de arroz ou outros tipos de farinha para engrossar. Então, o leite só fica com a aparência de ser forte, pois, na verdade, não é o tipo certo de alimento para a criança pequena. Como consequência, mesmo engordando, por causa da farinha, os bebês ficam fracos e com pouca resistência ás infecções, porque não tomam a quantidade de leite com todas as substancia nutritivas de que precisam" (PAULINO, 2009, p.166 e 167).

Segundo Paulino, "outro aspecto importante é que a amamentação permite que a mãe e o bebê tenham uma relação mais próxima. Durante a mamada, a mãe e o filho estão mais próximos, num contato íntimo incomparável. Essa relação afetiva é fundamental para o desenvolvimento da criança" (PAULINO, 2009, p.167).

2.5 POSIÇÃO ADEQUADA E TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO

Existem posições e técnica para amamentar, pois elas oferecem um conforto para a puérpera. Os cuidados com as mamas quando está em aleitamento é de extrema importância, pois assim não terá dificuldade nesse período tão importante da vida da mulher.

Segundo Schmitz, "é importante orientar a mãe sobre as diversas posições que poderá adotar para amamentar, e também fazê-la experimentar para poder optar pela que ofereça maior conforto e praticabilidade, para si e para a criança. As mais indicadas são as posições sentada e deitada" (SCHMITZ, 2005, p.38).

Schmitz fala que a técnica de amamentação esta nos cuidados. Uns dos cuidados importantes são: " não usar sabonete, álcool ou água boricada nos bicos dos seios, expor os mamilos às radiações solares por período curtos, diariamente entre às 8 e 10 horas, lavar bem as mãos antes das mamadas, evitar o uso de pomadas e bicos protetores nos mamilos, antes de colocar a criança ao seio verificar se a aréola está macia, apreensível e flexível, introduzir na boca do bebê não só o bico mas também toda a aréola, de maneira que não deixe o seio obstruir o nariz e impedir a respiração do bebê, alternar os dois seios durante as mamadas, não administrar líquido à criança nos intervalos das mamadas (chá, água, sucos), para retirar o bebê do seio colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê e apertar levemente, após as mamadas colocar o bebê para eructar, retirar o excesso de leite após as mamadas, utilizando a técnica de extração manual, usar sutiã adequado e de maneira correta, com boa sustentação na base" (SCHMITZ, 2005, p.38 e 39).

2.6 PROBLEMAS QUE PODEM OCORRER DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Muitas Mulheres encontrar problemas quando estão amamentando, algumas dicas de como solucionar esses problemas.

Segundo Paulino "a decida do leite, chamada de apojadura, ocorre entre 2 ou 3 dias após o nascimento, principalmente se o parto foi cesariana. Nesses casos, a mãe sente o peito inchado (ingurgitado), porque está cheio de leite. Antes da apojadura, já há a produção do colostro, que contém o necessário e o suficiente para o recém-nascido" (PAULINO, 2009, p.171).

Alguma orientação para a mãe que sente os seios doloridos ou empedrados nesse sentindo Paulino informa: "Quando a mãe sentir que o seio está ficando dolorido ou notar os pontos mais endurecidos, deve fazer massagens circulares nas regiões endurecidas, retirar um pouco de leite e oferecer o peito mais vezes ao bebê; ás vezes, é necessário retirar um pouco de leite antes e depois da mamada; deve-se começar a mamada pelo seio mais cheio. O bebê com fome suga mais forte e, assim, esvazia melhor a mama; se a mãe estiver muito ansiosa e insegura, pode, com isso, dificultar a saída do leite e seu peito pode empedrar (PAULINO, 2009, p.171).

É muito comum no aleitamento a presença das rachaduras do mamilo, Paulino orienta: " os seios só precisam ser lavados no banho diário, não há necessidade de lava-los a cada mamada. O uso de sabão, álcool ou água boricada facilita o ressecamento da pelo e o aparecimento de rachaduras, por isso não devem se usados; se os mamilos já estiverem com fissuras e a mulher não tiver condições de expô-los ao sol, pode-se fazer banho de luz. Usar uma lâmpada comum de 40 watts, colocada a dois palmos de distância do seio, por 10 minutos de cada lado, uma a duas vezes ao dia; não usar sutiã apertados, que impeça o arejamento do mamilo; quando o bico estiver rachado, a criança pode, ao mamar, ingerir um pouco de sangue. Ao regurgitar, portanto, irá sair sangue com leite. Não há nenhum problema nisso, apenas deve-se certificar se a origem do sangue é do seio da mãe. É necessário cuidar da fissura, mantendo a amamentação. As vezes o seio empedrado (ingurgitado) ou com rachaduras (fissuras) pode inflamar e infeccionar, aparecendo o que chamamos de mastite. A mama fica quente e avermelhada e a mulher queixa-se de muita dor e febre. Nessa situação, deve-se manter a mesma orientações dadas para "seio empedrado". A mãe deve ser encaminhada para o serviço de saúde para uma avaliação e se necessário, prescrição de antibióticos. Durante o uso dos antibióticos, não é preciso parar a amamentar. É também necessário, muitas vezes, o uso de analgésicos. Caso a mãe esteja com muita dor, que impeça a sucção, o leite deve ser retirado manualmente" (Paulino,2009, p.172).

3 METODOLOGIA

O tipo de pesquisa que se adéqua ao trabalho é à exploratória. Neste sentido Andrade (2001, p.174) informa:

Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho cientifico. São finalidade da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias avaliar-se a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa sobre determinado assunto.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, utilizamos como técnica a pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (2002, p. 44), "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos".

No que cerne o presente projeto utilizaremos fontes secundarias. Andrade (2001, p. 43) corrobora descrevendo que as fontes secundárias têm como referências determinadas fontes primarias, ou seja,

“são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primarias e assim constituem-se em fontes de pesquisas bibliográficas”.

4 CONCLUSÃO

Com a pesquisa podemos concluir que é fundamental a mulher conhecer a forma dos seus seios, a técnica de amamentar e a posição e cuidados com a mama e os problemas que podem surgir para facilitar a amamentação e trazer conforto para a puérpera ao amamentar. O leite materno é muito importante para o recém- nascido, pois além do leite materno ser rico em nutriente, ele é como uma primeira vacina para o recém-nascido. As vantagens do aleitamento são inúmeras, pois além de ser o contato de mãe e filho, é fácil, pois não precisa ser preparado, contém a quantidade certa de nutriente para o bebê. De acordo com Gomes, 2005, “uma das coisas em que mais beneficiam os bebe é em relação ao aleitamento materno, saiba que isso é importante para que você consiga estabelecer um vinculo afetivo entre você e seu filho mais forte. Além do mais não podemos citar isso como um único beneficio, também o aleitamento tem a função de fortalecer o sistema imunológico da criança, saiba que isso vai preveni-la contra muitas doenças que durante esse período da vida são bem comuns, por isso fique atenta aos prazos em que são estabelecidos para que você alimente o seu filho. No mínimo esse procedimento deve ser feito por seis meses”.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

GADELHA, M; JUNIOR. J. M. S. **Hiperprolactinemia**. Fisiologia da prolactina.Disponível em: < http://www.segmentofarma.com.br/arquivos/Fisiologia%20da%20Prolactina_P3UGKC.pdf > Acesso em 03 de Junho. 2014

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, L.A. Aleitamento materno vantagens e cuidados.2005. Disponível em: < http://atualizem.net/aleitamento-materno-vantagens-e-cuidados/> Acesso em 01 de Junho. 2014

SCHMITZ, E. M. R. et al. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Ateneu, 2005.

PAULINO, I; BEDIN, L. P; PAULINO, L. V. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL DIANTE DOS DESAFIOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Marcilene Campo Dall'Orto Moreto[1]

RESUMO

O presente artigo é fruto de uma pesquisa bibliográfica, onde discorre sobre o trabalho do assistente social com as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas. Debate alguns aspectos da Política Nacional Antidroga e da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Tem como objetivo discutir a importância de se envolver as famílias dos dependentes químicos no tratamento da dependência química, junto ao profissional do serviço social. Quando o foco é a família, torna necessário realizar um trabalho de centralidade, objetivando contribuir para o fortalecimento do vínculo familiar; o assistente social tem a função de acompanhar e realizar uma intervenção, onde atende as mesmas em todos os serviços de saúde. Outra questão a ser destacada é sobre a importância da participação das famílias no tratamento através dos grupos de multifamílias, pois assim elas tem a oportunidade de mudar sua visão sobre a vida e a dependência química, perceberem falhas e forças que têm ao ver que outras famílias têm os mesmos problemas com diferentes histórias de superação. Conhecer sobre a dependência química e suas influências na família é extremamente necessário a diversos profissionais. "Entender as famílias significa poder compreender como ocorrem os vínculos existentes entre o indivíduo e sua família e a dependência de substâncias ilícitas". Quem sabe assim, poderemos produzir algumas possíveis respostas para enfrentar esse problema.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência química. Família. Assistente Social.

ABSTRACT

This paper presents literature on the function of social workers concerning drug and alcohol addicts' families. It discusses some features of The National Drug Policy and the Health Ministry Policy which focus on drug and alcohol consumers. It aims at discussing the importance of getting addicts' families involved in their rehabilitation along with the social worker. When family is focused, it is necessary to perform a centrality job, aiming at reinforcing family bounds. The social worker is supposed to watch and carry on interventions, helping them with all kinds of health needs. Another point shows the importance of family participation in therapy groups for addicts' family members, so that they have the opportunity to change their views about life and addiction, to figure flaws and strengths while sharing problems and overcoming stories with other families. Getting informed about addiction and its effects on the family is paramount to several professionals. "Understanding family means being able to understand how the individual, one's family and illicit substances interact". Maybe this is how we could find some possible answers to face such problem.

KEY-WORDS: Addiction. Family. Social worker.

[1] Assistente Social do Centro Municipal de Atenção Psicossocial – CEMAP, da Prefeitura Municipal de Santa Teresa. Bacharel em Serviço Social e aluna do Curso de Especialização em Saúde Pública pela Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias que produzissem algum tipo de alteração nas percepções, no humor e nas sensações sempre foi uma prática presente nas sociedades humanas ao longo dos tempos. Para Goulart e Soares (2013, p. 3), "as drogas sempre fizeram parte da experiência humana e possivelmente sempre farão. Cabe à sociedade produzir respostas, para enfrentar os problemas das pessoas que abusam de drogas".

Nessa busca pelas respostas, a discussão sobre o comércio e do uso de álcool e outras drogas, sobretudo as ilícitas, tem ganhado cada vez mais as agendas de discussão no Brasil. Programas de televisão dedicados ao tema, campanhas publicitárias com a finalidade de alertar sobre os malefícios do uso das mesmas, debates nos meios jurídico e legislativo tem atraído a atenção das pessoas. Há que se destacar que as polêmicas e a não existência de consensos são elementos que acompanham o assunto.

Em relação a não existência de consensos, apenas para trazer um exemplo, Oliveira (2012, p. 195) destaca que "os fundamentos teóricos-políticos da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas chocam-se profundamente com as bases conceituais da Política Nacional Antidrogas – PNAD[2]", sendo que as mesmas são conduzidas por um mesmo governo, o que sinaliza "[...] a dificuldade do Estado brasileiro de adotar uma proposta de política pública menos conservadora, portanto, desvinculada dos interesses internacionais, principalmente dos Estados Unidos, no trato desta questão" (*idem, ibidem*, p.196).

Na PNAD, sobressai-se uma vertente repressiva e moralizadora, o que "[...] tem servido de reforço às construções sociais desqualificativas e condenatórias das pessoas que apresentam problemas com drogas" (VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2012, p. 179). Para Bucher (apud OLIVEIRA, 2012) a repressão tem sido a tônica prevalente da política de drogas no Brasil.

Há que se ressaltar, no entanto, que outros modelos que não enfatizam a vertente repressiva vem ganhando espaço entre os estudiosos da temática. Trata-se de "[...] um novo modelo voltado para a educação, para a saúde, para o cuidado do ser humano, que valoriza a pessoa, a família e sua participação na comunidade e que considera também a importância das redes sociais na abordagem da dependência do álcool e outras drogas" (GOULART; SOARES, 2013, p. 3).

Nessa nova ótica, a família é elemento fundamental na efetividade "[...] do tratamento e acompanhamento do dependente de álcool e outras drogas, e não mais enquanto um 'agente causador' da drogadição" (GOULART; SOARES, 2013, p. 7). Isso posto, fica evidente "[...] a necessidade de ações que visem promovê-la, e/ ou fortalecê-la, enquanto fator de proteção na prevenção e atenção no trato da dependência ao álcool e outras drogas" (*idem, ibidem*, p.07).

Entre essas ações estão os trabalhos desenvolvidos na área da saúde, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPSad que possui uma equipe multidisciplinar de profissionais, dentre os quais os assistentes sociais.

Assim, daremos ênfase no presente estudo, ao trabalho desenvolvido pelo assistente social com as famílias dos dependentes químicos no serviço público de saúde, buscando responder a seguinte questão: Por que trabalhar com a família do dependente químico? Nesse sentido, nosso objetivo é discutir a importância de se envolver as famílias dos dependentes químicos no tratamento da dependência, junto ao profissional do serviço social.

[2] É importante salientar que tal afirmação é datada do ano de 2004.

Entendemos que o presente estudo, uma pesquisa bibliográfica, pode contribuir com o profissional de serviço social que atua na área da saúde, à medida que põe em foco a importância da atuação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e, especialmente, do assistente social, junto às famílias dos dependentes químicos, discutindo as possibilidades de atendimentos e intervenções.

2 DESENVOLVIMENTO

Para o desenvolvimento deste trabalho, entendemos ser importante trazermos outras questões que foram se apresentando e que, ao discuti-las, deixaremos claras as concepções e conceituações que estamos aqui adotando.

Entre essas questões está: o que é dependência química? Encontramos várias respostas a tal pergunta, sendo que aqui, estaremos considerando a que segue:

> Na atual convenção médica, a dependência química é definida como uma doença paralela a outras doenças físicas. Têm base biológica, sinais e sintomas característicos, um curso e resultados previsíveis e está isenta de causação "internacional" (Lewis, 1991). A ampla variedade de definições e concepções existentes de tratamento das dependências químicas revela que não há uma caracterização única capaz de capturar ou explicar a dependência química. Ela pode ser conceituada ainda como uma doença progressiva, incurável e potencialmente fatal, como sendo uma doença multifacetada, atingindo o ser humano em todas as suas áreas: física, psíquica e social (PARANÁ/DENARC, 2014).

A dependência química se dá em relação as drogas ilegais, assim como alguns remédios vendidos sob prescrição médica, além do álcool e da nicotina. Assim, entre as drogas que causam dependência estão os estimulantes (tais como as anfetaminas e meta-anfetaminas, a cocaína, a nicotina e a maconha), os sedativos e hipnóticos (entre os quais o álcool, barbitúricos,benzodiazepinas e metaqualona), os opiatos e analgésicos opióides (morfina e codeína, opiatos semi-sintéticos como heroína e opiatos sintéticos como fentanil) (FONTES, 2008). É importante ressaltar que além das acima citadas, existem várias substâncias que possuem valor médico e só podem ser usadas com orientação médica que podem causar dependência.

Em síntese, a pessoa que se torna dependente não consegue controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva, tendo dificuldade de largá-las, pois o organismo se acostumou com a substância e sua ausência provoca sintomas físicos desagradáveis (síndrome da abstinência).

Segundo Schnorrenberger (2003, p. 31), ao falarmos da dependência química, “[...] o dependente encontra-se inserido no contexto na condição agente ativo. Razão pela qual, faz-se necessário conhecer um pouco mais sobre este ator vítima, procurando conhecer suas razões e os tipos”.

Ainda segundo a autora, várias são as razões que levam a pessoa a procurar alívio nas drogas, com destaque para o desajustamento familiar, o desejo de manter-se integrado a um grupo entre outras. Schonorrenberger destaca ainda que, “independentemente das razões que levam alguém a iniciar-se neste meio, todos possuem como pano de fundo uma enorme vontade de fugir de determinada situação” e “acabam no mesmo porto de chegada: a perda do controle e a incapacidade da decidir sobre seus próprios rumos, ou seja, à dependência química” (2003, p. 31).

Há muito que o uso abusivo de álcool e outras drogas deixou de ser um problema apenas da esfera privada do indivíduo e de sua família, sendo reconhecido como grave problema de saúde pública. Conforme apontou Schnorrenberger (2003, p. 38), apoiando-se em dados do Relatório sobre Drogas da Organização das Nações Unidas, "[...] cerca de 180 milhões de pessoas usam drogas em todo mundo, ou seja, 4,2% da população mundial acima de 15 anos. Isto evidencia a gravidade da situação [e faz com que seja necessária a] implantação de programas de prevenção e tratamento dos dependentes químicos”.

Tais programas estão sendo implantados em vários países. Nesse sentido, e buscando superar um grande atraso na assunção desta responsabilidade pelo poder público no Brasil, o Ministério da Saúde - MS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, instituiu por meio da Portaria GM/816, de 30 de abril de 2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogras e, em 2003, apresentou o documento **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** que, entre outros objetivos, busca subsidiar a "[...] construção coletiva do enfrentamento de tal problema" pautando-se em uma lógica de redução de danos (BRASIL, 2003, p. 6).

A partir de tais documentos e da política implantada, algumas ações foram empreendidas, entre as quais, destacamos a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como segue:

> [...] mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas - CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2003).

São objetivos de um CAPSad tem "oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade" (BRASIL, 2003). Além disso, tal Centro deve buscar:

> 1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
>
> 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
>
> 3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
>
> 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
>
> 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
>
> 6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
>
> 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
>
> 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo (BRASIL, 2003, p. 42).

Tais Centros são compostos por uma equipe multidisciplinar de profissionais tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, assistentes sociais entre outros. Considerando a especificidade deste trabalho, focaremos no profissional de serviço social que tem, entre outras, as seguintes funções:

- Realizar atendimento social individual, grupal e de educação em saúde, seguindo prioridade estabelecida neste protocolo;

- Realizar atendimento grupal, participar de grupos terapêuticos e de atenção psicossocial com os demais profissionais da equipe, de acordo com a necessidade e perfil da clientela;
- Realizar visitas domiciliares quando verificada a necessidade;
- Orientar e viabilizar o acesso aos recursos sociais e comunitários necessários, visando promover a inclusão social;
- Elaborar relatórios, realizar estudo social e emitir parecer e laudo social quando verificada a necessidade;
- Realizar visita institucional quando verificada a necessidade (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Das funções acima, enfatizaremos o trabalho que esse profissional desenvolve com as famílias dos dependentes químicos, pois as drogas afetam não só os usuários, mas todos na família. Cada vez mais as famílias se encontram em situação de vulnerabilidade social contribuindo assim para a entrada no mundo das drogas.

Estudiosos de várias áreas do conhecimento, especialmente historiadores e sociólogos, sempre destacaram o caráter gregário do ser humano, organizando-se em grupos, especialmente em unidades formadas por grupos familiares. Conforme destacam Goulart e Soares (2013, p. 3), "atrelava-se à existência de um grupo familiar, questões como a necessidade de segurança, saúde e a própria vida de seus membros".

As autoras acima citadas, ao tratarem da constituição da família e das influências que a mesma recebe ao longo dos tempos, assim se colocam:

> Muitos são os estudos que discorrem sobre a configuração e metamorfose da família ao longo da história desde sua forma mais rudimentar até as suas transformações no tempo, ocasionadas por um conjunto de fatores de ordem histórica, social, econômica, política e cultural. Tais elementos demonstram que a discussão sobre a família é desafiante e complexa, quando visualizada dentro de uma perspectiva dialética de compreensão da história como algo inacabada, em constantes mudanças, contradições e superações. Nesse sentido, a família como instituição social, é constantemente afetada pelas alterações vivenciadas nas diversas sociedades, com seus respectivos valores, posicionamentos ideológicos e relações sociais, não podendo ser compreendida como uma instância neutra, estática, acabada e uniforme (SOARES; NEVES, 2009, p. 149 – 150 apud GOULART; SOARES, 2013, p. 3 – 4).

Tem sido compreensão recorrente, como mostra o estudo realizado por Schenker e Minayo (2004) que investigou sobre a importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas, que as intervenções cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo. Porém, para as autoras, "em geral, os profissionais de saúde ainda não incorporam, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções [...]", ressaltando um possível afastamento entre "o mundo da pesquisa e o da prática clínica" (SCHENKER; MINAYO, 2004, p. 654).

Sendo essa instituição tão importante nos processos de tratamento da dependência, o conhecimento dos resultados das pesquisas que investigam a família dos usuários de álcool e outras drogas por parte dos profissionais da saúde que lidam com essa doença é fundamental. Também Goulart e Soares (2013, p. 3), ressaltam que "[...] faz-se necessário que os profissionais que atuam com famílias busquem compreendê-las em sua totalidade, entendendo-as nos seus diferentes contextos e relações, assim como considerem a importância do trabalho com esta significativa instituição social". Para o profissional do serviço social este é um campo de ação importante, pois se constitui em um espaço para intervenções no seu exercício profissional.

Quando o foco é a família, torna necessário realizar um trabalho de centralidade, objetivando contribuir para o fortalecimento do vínculo familiar; o assistente social tem a função de acompanhar e realizar uma intervenção, onde atende as mesmas em todos os serviços de saúde.

Para Bredow e Dravanz (2010, p. 236), o principal objetivo do trabalho do profissional do serviço social deve ser "[...] a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento *(empowerment)*, que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços". E, uma das formas de se fazer isso é utilizar "[...] mecanismos que possam garantir a socialização da informação aos usuários".

Ainda sobre o papel do assistente social neste processo de socialização da informação como mecanismo de prática profissional, Vasconcelos (2007, p. 518, apud BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 236) afirma que o assistente social "[...] deve conhecer a realidade do seu campo de atuação, compreendendo o contexto no qual este se insere, e com isso superar a execução de medidas paliativas, destinadas a 'quebrar galho'" (grifo do autor).

Entre algumas possibilidades de ação estão os grupos multifamiliares. Segundo Costa e Souza (2012), a origem dos trabalhos de tratar famílias se deu em 1950, no Hospital do Estado de Nova York.

> No início, trabalhou-se, principalmente, com famílias de esquizofrênicos e, depois, ampliou-se para variados diagnósticos, em diferentes tipos de serviços de Saúde Mental. Os primeiros grupos foram descritos como workshops de comunicação familiar, sendo realizados com quatro ou cinco famílias. O objetivo era o de buscar uma melhora da comunicação e uma maior compreensão das situações vividas, fazendo com que as famílias aprendessem umas com as outras, a partir da troca de experiências. Esses primeiros grupos tinham intervalos semanais, com cada encontro durando em torno de uma a duas horas, sendo formados com ou sem a presença do paciente identificado (PONCIANO et al., 2010, apud COSTA; SOUZA, 2012, p. 6).

Ainda conforme as autoras acima, "a abordagem multifamiliar [...] não entende os problemas das famílias como uma doença e sim como padrões relacionais disfuncionais e é focada nos recursos e habilidades que as famílias possuem para resolver os seus problemas" (COSTA; SOUZA, 2012, p. 5).

Uma característica muito importante dessa abordagem é que a mesma possibilita que cada membro do grupo veja os demais em interação. Isso contribui para que passem da compreensão particular para a compreensão do outro, ampliando a percepção, seja das dificuldades quanto (o que é mais importante) das formas de solucioná-las. Em suma, "o atendimento multifamiliar oportuniza as famílias a repensarem os seus conceitos e se incluírem no projeto de mudança" (COSTA; SOUZA, 2012, p. 6).

Segundo Ravazzola (1997, p. 301-302, apud COSTA; SOUZA, 2012, p. 6), em relação à terapia multifamiliar,

> As famílias se convocam para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando-se um verdadeiro efeito de rede [...]. A presença de outros permite revisar as crenças que cada família sustenta [...] e abre dúvidas acerca dos pressupostos mantidos rigidamente através do tempo [...]. A interação entre pares torna-se facilitadora da mudança. As pessoas se aliviam ao descobrir que outros compartilham seu problema e que transitam por caminhos semelhantes.

A família, ao freqüentar grupos de apoio, divide suas dificuldades com familiares de outros dependentes químicos, e aprende diferentes estratégias para lidar com o problema. Assim, os grupos multifamiliares contribuem para uma troca de experiências por meio de narrativas que possibilitam às famílias a percepção da mudança de comportamento do dependente químico, o que lhes impulsionam na criação de novos padrões relacionais focalizando forças e potencialidades no auxílio ao dependente (COSTA; SOUZA, 2012).

Quando familiares em situações de crise encontram outros familiares que conseguem ter posturas diferentes e que já possuem retornos positivos, há um aumento da motivação para a mudança e da confiança no processo de tratamento (GOULART; SOARES, 2013, p. 8). Assim, o apoio às famílias que apresentam tais vivências, contemplando desde orientações, grupos de apoio, até intervenção que foquem o tratamento e a reinserção social, como vimos, é fundamental.

3 CONCLUSÃO

Diante do que discutimos até o momento, alguns pontos foram se sobressaindo e que, neste momento, passamos a retomar e discutir de maneira mais focada.

Uma primeira questão que entendemos ser importante tratar é sobre a importância em se trabalhar com as famílias dos dependentes químicos. No entanto, como ficou evidente, ao trabalharmos com as mesmas, é fundamental que a abordagem utilizada vá além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. "[...] uma ação de fortalecimento dos cuidados familiares à pessoa com sofrimento psíquico e ou/ usuária de álcool e outras drogas [...] deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Esse modo de ver e cuidar pode representar um importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfretamento de cuidados, quaisquer que elas sejam (BRASIL, 2013, p. 71).

Um segundo ponto importante nessas considerações finais está compreender a drogadição como uma categoria transversal em vários contextos da vida e que se apresenta com múltiplas facetas (GOULART; SOARES, 2013, p. 7). Assim, também é preciso uma conscientização mais ampla, quer dos profissionais envolvidos com essa problemática, bem como das políticas públicas e, por conseguinte, do próprio Estado, que a prevenção e recuperação de dependentes químicos não pode ser relegada à uma única célula social, como, por exemplo, a família. Como ressalta Schnorrenberger (2003, p. 40), "deve ser fruto de um trabalho integrado entre os órgãos públicos, a sociedade e a família. Além disto, a conscientização e vontade de mudar do próprio paciente fundamental".

Outra questão a ser destacada é sobre a importância da participação das famílias no tratamento através dos grupos de multifamílias, pois assim elas tem a oportunidade de mudar sua visão sobre a vida e a dependência química, perceberem falhas e forças que têm ao ver que outras famílias têm os mesmos problemas com diferentes histórias de superação. Desse modo, a possibilidade de não se sentiam tão sós e desamparadas, aprendendo a pensar e a agir de modo diferente diante dos problemas e conflitos é muito maior. Para tanto, a atuação de toda a equipe de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e, em particular, do assistente social tornam-se fundamentais. Como destacam Costa e Souza (2012, p. 13),

> [...] torna-se explícita a relevância aos dependentes químicos e suas famílias dos grupos de terapia multifamiliar que, na intervenção terapêutica na dependência química, não entende os problemas familiares como uma doença e sim como padrões relacionais disfuncionais salientando recursos e habilidades que as famílias possuem. Possibilita aos seus membros verem os demais em interação com uma ampliação da compreensão e percepção de si e do outro tanto nas dificuldades como nas formas de solucioná-las, diminuindo a vulnerabilidade e contribuindo no processo de recuperação e reinserção do dependente químico.

Conhecer sobre a dependência química e suas influências na família é extremamente necessário a diversos profissionais. Como salientam Costa e Souza (2012, p. 14), "entendê-las significa poder compreender como ocorrem os vínculos existentes entre o indivíduo e sua família e a dependência de substâncias ilícitas". Quem sabe assim, poderemos produzir algumas possíveis respostas para enfrentar esse problema.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos.** Porto Alegre, v. 9, n.2, p. 229 – 243, ago./dez. 2010.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes clínicas da saúde mental.** Vitória, 2008. (Coleção uma nova saúde, v. 8).

FONTES, Hélio Augusto Ferreira (Trad.). **Dependência química.** 2008. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/dependencia-quimica.html>. Acesso em: 15 jan. 2014.

GOULART, Daniela Cristina Soares; SOARES, Ana Cristina Nassif. Famílias e dependência de drogas: interfaces com as políticas públicas. SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3. 2013. Belo Horizonte. **Anais...** [Belo Horizonte]: 2013.

OLIVEIRA, Claudete J. de. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs.). **Saúde e serviço social.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. cap. 9, p. 195 – 213.

PARANÁ. Secretaria da Segurança Pública. Divisão Estadual de Narcóticos – DENARC. **Dependência química.** Disponível em: <http://www.denarc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=39>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v.3, p. 649 – 659, mai./jun. 2004.

SCHNORRENBERGER, Andréa S. **A família e a dependência química:** uma análise do contexto familiar. 2003. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VELOSO, Laís; CARVALHO, Jane; SANTIAGO, Luciana. Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs.). **Saúde e serviço social.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. cap. 8, p. 179 – 194.

DIABETES MELLITUS: MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA[1]

Dayanna Ruela Sebim[2]

Jany Kuster de Araújo Themóteo[2]

Letícia Pianna[2]

Raini Oliveira Altoé Polez[2]

RESUMO

Os adultos jovens são geralmente ativos e por isso apresentam uma quantidade menor de problemas de saúde. Entretanto, o estilo de vida os coloca em risco de sofrer doenças ou incapacidades durante os anos de sua juventude até a meia-idade, podendo deixar sequelas para o resto da vida, sendo mais suscetíveis a determinadas doenças crônicas como a Diabetes Mellitus (HUETHER; MCCANCE, 2004). Diante do exposto faz-se necessário o conhecimento da doença, para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, associada a uma mudança de hábitos, objetivando uma melhor qualidade de vida. O estudo lista as mudanças que devem ser realizadas por um portador de diabetes mellitus tipo 2, e ainda identifica o que é diabetes mellitus, apresenta os tipos, avalia as dificuldades existentes em realizar as mudanças no estilo de vida. Trata-se de uma pesquisa com o tema Saúde do Adulto, por referencias bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a Diabetes Mellitus tipo 2. Conclui que o consumo de dieta equilibrada, associado à prática regular de atividade física, contribuem para o controle metabólico proporcionando melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus Tipo 2. Mudanças.

ABSTRACT

Young adults are generally active and as a result they present less health problems. However, their life style puts them in risk of suffering from diseases or disabilities during the years of his youth until the middle-aged, which may leave sequels for the rest of their lives, being more susceptible to certain chronic diseases such as Diabetes Mellitus (HUETHER; MCCANCE, 2004). According to the facts above, it is necessary to know the disease, for the prevention, early diagnosis and Treatment, associated with a change of habits, aiming a better quality of life. The study lists the changes that must be carried out by a person with type 2 diabetes mellitus, and also identifies what is diabetes mellitus, presents the types, evaluates the existing difficulties in carrying out the changes in life style. It is a search for the theme adult Health, of bibliographic references, exploratory, with a qualitative approach, with the collection of secondary data, directed the Diabetes Mellitus. It Concluded that a balanced diet combined with regular practice of physical activity; contribute to metabolic control providing a better quality of life.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus Type 2. Changes.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da MULTIVIX – Nova Venécia

[2] Acadêmicas do 5º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

1 INTRODUÇÃO

Os adultos e jovens são geralmente ativos e por isso apresentam uma quantidade menor dos problemas de saúde mais importantes. Entretanto, seus estilos de vida os colocam em risco de sofrer doenças ou incapacidades durante os anos de sua juventude ou meia-idade, podendo deixar sequelas para o resto da vida. Devido a maneira como os adultos e jovens vivem, são mais suscetíveis a determinadas doenças crônicas como a Diabete Mellitus. (HUETHER E MCCANCE, 2004). Diante do exposto faz-se necessário que jovens e adultos tenham conhecimento da patologia "Diabete Mellitus", para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, realizando uma mudança no estilo de vida, objetivando assim uma melhor qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizados por níveis aumentados de glicose no sangue [...] (BRUNNER e SUDDARTH, 2009, p. 1158).

Segundo Paulino, I; Bedin, L e Paulino, L. (2009, p. 304), o DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue regulando a produção e o armazenamento de glicose. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 1158).

As pessoas portadoras de DM não processam a glicose do mesmo jeito que uma pessoa que não tem diabetes, e assim o nível de glicose no sangue aumenta. (ESPÍRITO SANTO, SESA, 2008).

De acordo com (PAGNOZZI, 2011, p. 8):

> Níveis elevados de açúcar no sangue por tempo prolongado podem causar sérios problemas nos olhos, nos nervos, nos rins, no coração, nas artérias e nas veias, e nos pés. Como a insulina não funciona adequadamente, o açúcar vai se acumulando no sangue e é eliminado através da urina. Se o nível de açúcar não for controlado, com o tempo podem surgir problemas mais sérios, com perda parcial da visão chagando a cegueira, lesões graves nos pés podendo evoluir para amputação e insuficiência renal podendo ser necessário o uso de hemodiálise.

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida (BRASIL, 2006, p. 9).

2.2 TIPOS

De acordo com Brasil, (2006, p. 12):

> Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (2008, p. 131), quando uma pessoa tem diabetes o seu pâncreas não produz a insulina necessária (DM1), ou seu organismo não é capaz de utilizar a insulina que produz de um modo eficaz (DM2).

Segundo Brunner e Suddarth (2009, p.1160), O diabetes tem sido classificado de diversas maneiras. Os diferentes tipos de diabetes mellitus variam segundo a etiologia, evolução clinica e tratamento. As

principais classificações do diabetes são diabetes do tipo 1, diabetes do tipo 2, diabetes gestacional e diabetes mellitus associado a outras condições ou síndromes.

2.2.1 DIABETES TIPO 1

Segundo Porto e Porto (2007, p. 249):

> Diabetes tipo 1, é uma afecção causada pela destruição das células beta do pâncreas levando a deficiência absoluta de insulina e consequentemente hiperglicemia e cetoacidose. Aproximadamente 10% dos diabéticos são do tipo 1. Alguns pacientes, equivocadamente diagnosticados como tipo 2, são tipo de evolução lenta. Maior incidência em crianças e adolescentes (80% dos casos antes dos 18 anos, principalmente entre 10 e 14 anos).

Nos indivíduos com idade mais avançada mais avançada, seu inicio é heterogêneo e ás vezes é confundido com a diabetes tipo 2 magro (MURTA et al, 2009, p. 405).

Acredita-se que fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais combinados contribuam para a destruição das células beta (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 1161).

De acordo com Paulino, I; Bedin, L e Paulino, L. (2009, p. 305) inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em : imunomediado e idiopático.

Auto-imune: destruição das células beta mediada por linfócitos T e B e há influência genética que envolve certos antígenos do sistema HLA. É idiopática: ocorre em menor frequência (MURTA et al, 2009, p. 405).

Brunner; Suddarth (2009, p. 1161) diz que, o diabetes imunomediado comumente se desenvolve durante a infância e adolescência, mas pode ocorrer em qualquer idade.

Independente da etiologia específica, a destruição das células beta resulta em produção diminuída de insulina, produção de glicose pelo fígado sem controle e hiperglicemia em jejum (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p.1163).

Nestes pacientes existe uma falta relativa ou total de insulina e, devido a isto, exige-se o uso de insulina para sua sobrevivência (LIMA et al, 2000, p. 184).

2.2.2 DIABETES TIPO 2

Conforme Porto e Porto (2007, p. 251), diabetes tipo 2 é uma:

> "Enfermidade metabólica caracterizada por hiperglicemia, cuja etiopatogênse envolve mecanismos múltiplos, dos quais se destacam a resistência periférica à ação da insulina e a diminuição da secreção de insulina pelas células beta do pâncreas."

De acordo com o Brasil, Ministério da Saúde (2006, p. 12):

> "O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave."

Porto e Porto (2007), diz que a doença geralmente se manifesta depois dos 40 anos, mas a incidência em crianças e adolescentes vem aumentando.

Os principais problemas relacionados a insulina no diabetes tipo 2, são a resistência a esse hormônio e a sua secreção prejudicada (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

De acordo com Paulino, I; Bedin, L e Paulino, L. (2009, p. 305):

> "Denomina-se resistência a insulina o estado no qual ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático), em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas. Em resposta a essa resistência tecidual há uma elevação compensatória da concentração plasmática de insulina com o objetivo de manter a glicemia dentro dos valores normais."

Murta (2009, p. 412) diz que, 90% dos indivíduos portadores de diabetes apresentam secreção residual de insulina, que é insuficiente para vencer resistência à insulina presente.

Seguindo esse contexto, Lima et al (2000, p. 184) diz, que nos pacientes que apresentam a diabetes tipo 2, "ocorre uma falta parcial ou total de insulina, devido a produção, e liberação pelo pâncreas ou á resistência na entrada de insulina nos tecidos musculares fígado e adiposo."

2.2.3 DIABETES GESTACIONAL

O diabetes mellitus gestacional é qualquer grau de intolerância à glicose com inicio durante a gravidez (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 1164).

Segundo Paulino, I; Bedin, L e Paulino, L. (2009, p. 305), é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.

De acordo com Brasil, Ministério da Saúde (2006, p. 13):

> É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída.

Segundo Grossi e Pascali (2009), os fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes gestacional incluem idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso, durante a gestação atual, deposição e central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes, baixa estatura, hipertensão arterial, entre outros.

2.3 MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA NO DIABETES TIPO 2

Segundo Brasil, Ministério da Saúde (2006, p. 22), "As causas modificáveis do diabetes tipo 2 são alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física." Ou seja, as pessoas se alimentam de forma errada e não fazem nenhum tipo de exercício físico, comprometendo o metabolismo e causando a diabetes tipo 2. Portanto, é necessário e de extrema importância a realização de mudanças no estilo de vida, e quando realizadas, são efetivas na prevenção e controle de diabetes tipo 2.

2.3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 tem grande importância, de acordo com a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo (2008, p. 137):

> "A educação em saúde é hoje um dos meios mais eficazes para o tratamento de doenças crônicas e a prevenção de suas complicações. A educação amplia a compreensão que o paciente tem da doença e de si mesmo e o capacita a assumir melhor seu tratamento, evitando as descompensações".

Segundo Lima et all (2000), o paciente deve ser orientado e instruído sobre a doença, e a necessidade das mudanças de estilos de vida, como na dieta e os benefícios que o controle da doença traz ao indivíduo. O diabético deve aprender a cuidar de si mesmo, assim terá mais liberdade, segurança e autoconfiança.

De acordo com Brunner; Suddarth (2009, p. 1184):

> Eles devem aprender as habilidades de autocuidado para evitar as flutuações agudas da glicemia, e também devem incorporar em seus estilos de vida muitos comportamentos de prevenção para evitar as complicações diabéticas de longo prazo. Os pacientes devem ser instruídos sobre a nutrição, efeitos dos medicamentos e efeitos colaterais, exercício, progressão da doença, estratégias de prevenção, técnicas de monitoração da glicemia e ajuste dos medicamentos.

2.3.2 TERAPIA NUTRICIONAL E EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Segundo Pagnozzi (2011 p. 21) "Os alimentos nos dão a energia de que necessitamos para viver. Nosso organismo converte a maior parte dos alimentos que comemos em um tipo de açúcar que se chama glicose, da qual as células necessitam". Quando se tem diabetes, a insulina não funciona ou não esteja sendo produzida. Diante disto é preciso ter uma alimentação saudável para que o organismo mantenha o nível de açúcar no sangue em equilíbrio.

De acordo com Brunner; Suddarth (2009, p. 1161), "A nutrição, o planejamento de refeições e o controle do peso constituem a base do tratamento do diabetes".

Segundo Brasil, Ministério da Saúde (2006, p. 22) "A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes [...]

Brunner; Suddarth (2009, p. 1161), diz ainda que:

> "Os objetivos mais importantes no controle da dieta e nutricional do diabetes são o controle da ingesta calórica total para atingir ou manter um peso corporal razoável, controle dos níveis glicêmicos e normalização de lipídios e da pressão arterial para evitar a cardiopatia".

Paulino, I; Bedin, L. e Paulino, L. (2009), dizem que quando o individuo faz mudanças em seus hábitos alimentares, esta favorecendo o controle metabólico, nível glicêmico, peso corporal e pressão arterial.

Paulino, I; Bedin, L. e Paulino, L. (2009, p. 323), diz ainda que:

> "O plano alimentar deve ser personalizado de acordo com a idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em sua região. Deve-se fracionar as refeições objetivando a distribuição harmônica dos alimentos, evitando grandes concentrações de carboidratos em cada refeição, reduzindo assim, o risco de hipo e hiperglicemia".

Outra preocupação com a dieta é o uso de bebida alcoólica, de acordo com Brunner; Suddarth (2009, p. 1169), os pacientes com diabetes não precisam parar totalmente de ingerir bebidas alcoólicas, mas os pacientes e os profissionais de saúde devem estar cientes dos efeitos adversos potenciais do álcool específicos para o diabetes.

Segundo Paulino, I; Bedin, L. e Paulino, L. (2009) não é recomendável o uso habitual de bebidas alcoólicas, ou seja, todos os dias, o consumo moderado é tolerado por pacientes bem controlados, desde que seja ingerida como parte de uma refeição e que as calorias estejam incluídas no valor energético total.

Outro fator preocupante é o tabagismo, pois o cigarro traz muitas consequências à saúde, não só do portador de diabetes mellitus, de acordo com Paulino, I; Bedin, L. e Paulino, L. (2009) o hábito de fumar é o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos, bem como para outras doenças, assim como diabetes mellitus. Esse hábito deve ser abolido pelos diabéticos, porem isso não é nada fácil por ser um vicio, mas os pacientes devem se conscientizar e diminuir até que consiga deixar de vez o habito de fumar.

2.3.3 ATIVIDADE FÍSICA

Segundo a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo (2008), é fundamental a prática regular de exercícios físicos no tratamento da diabetes, e o tipo de exercício deve ser adaptado de acordo com a capacidade física de cada um, devendo ser praticado todos os dias. “O exercício físico consome energia e consequentemente os níveis de glicemia”.

Nível alto de açúcar no sangue e peso acima do esperado podem piorar o controle do diabetes e ocasionar enfermidades do coração e das artérias. (PAGNOZZI, 2011, p. 13).

De acordo com Brasil, Ministério da Saúde (2006, p. 23):

> “A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária”.

Brunner; Suddarth (2009), diz que o exercício é muito importante por causa de seus efeitos sobre a diminuição da glicemia, diminuindo os níveis glicêmicos e aumentando a captação da glicose pelos músculos corporais e melhorando a utilização de insulina.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho foi utilizada o método de revisão bibliográfica, que segundo Gil (2002, p. 44), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicadas em documentos.

O tipo de pesquisa que se adequou ao trabalho foi do tipo exploratória, pois de acordo com Andrade (2001) a pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho científico e têm por finalidade proporcionar informações e delimitar sobre o tema, desenvolvendo uma boa pesquisa sobre determinado assunto.

Utilizamos de fontes secundárias, e o instrumento para a coleta de dados foram dos livros da biblioteca da MULTIVIX – Nova Venécia

4 CONCLUSÃO

Diante da analise dos resultados obtidos concluímos que o tabagismo, sedentarismo, obesidade aumentam o risco de desenvolver diabetes e que para fazer um tratamento com resultados satisfatórios, só é possível, se os pacientes se adaptarem a novos hábitos e rotinas durante toda a

vida, não apenas em curtos períodos de tempo, conscientizados das dificuldades encontradas no caminho e da necessidade de se ajudarem a superar as barreiras.

No geral, a certeza de que cabe ao profissional acolher aos pacientes de maneira humana, não vendo apenas a doença de modo total, mas dando apoio psicossocial, prestando uma assistência que vise a qualidade de vida e que incentive a mudança e a permanência no tratamento, desenvolvendo ações educativas e mostrando como a prevenção através de atividades físicas e a ingesta de alimentos saudáveis, ou seja, acompanhamento nutricional associados com a terapêutica oral, têm resultado positivo, ou seja, diante de tantos obstáculos, a certeza que, a participação familiar, o apoio dos profissionais, em conjunto com a vontade própria do pacient, são ferramentas indispensáveis, para vencer os obstáculos na busca do controle dos níveis de açúcar no sangue, chegar a um índice desejável e consequentemente a uma melhor qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS

AMBROSE, Marguerite, et al. **Doenças: da sintomatologia ao plano de alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. V. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, caderno 7: **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – protocolo**. Brasília-DF, 2001.

_____ , Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica n° 16: **Diabetes Mellitus**. Brasília-DF, 2006.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes Clínicas: Hipertensão e Diabetes**. Vitória: Imprensa Oficial, 2008.

GROSSI, Sonia Aurora Alves e PASCALI, Paula Maria. **Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Sociedade brasileira de diabetes, 2009.

LIMA, Idelmina Lopes, et al. **Manual do técnico e auxiliar de enfermagem**. 6 ed. Goiânia: AB, 2000.

MURTA, Genilda Ferreira, et al. Série curso de enfermagem: **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 5 ed. São Caetano do Sul SP: Editora Difusão, 2009. V. 2.

NETTINA, Sandra Maria. **Prática de enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PAGNOZZI, Leda Marcia. **Sou diabético e agora?** São Paulo: BD Diabetes Care, 2011.

PAULINO, Ivan; BEDIM, Lívia Perasol; PAULINO, Lívia Valle. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009.

PORTERO, Kátia Cristina da Cruz, et al. Artigo de revisão. Saúde em revista: **mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Piracicaba, 2005. Disponível no site:

PORTO, Celmo Celeno e PORTO, Arnaldo Lemos. **Vademecum de clínica médica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. V. 1.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM[1]

Adrieli Marre Bom[2]

Iara Souza Boroto[2]

Dayana Loureiro Seibert Fiorini[3]

RESUMO

O presente artigo trata da importância da prevenção da saúde do homem, onde ficará em evidencia o descaso com seu próprio cuidado. Isso acontece pela masculinidade, muitos associam a busca aos serviços de saúde à fragilidade e fraqueza. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem foi criada para contribuir com o aumento da expectativa de vida e a redução da morbi mortalidade, estimulando o autocuidado e promovendo a saúde com ações preventivas. Para ajudar a prevenir e orientar sobre o câncer de próstata, o Ministério da Saúde preconiza um mês de ações, novembro azul que busca chamar a atenção do homem sobre sua saúde, visto que o câncer de próstata é o mais comum entre os homens com alto índice de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Autocuidado. Câncer. Próstata.

ABSTRACT

The present article shows that when it comes of man health it is apparent that the majority does not have due care. This happens by masculinity and many people associate the search for health service related to fragility and weakness. The National Policy for Integral Attention to Men's Health was created to contribute with the increased of life expectancy and reduce morbidity mortality, by stimulating self-care and promoting health through preventive actions. To help prevent and guidance on prostate cancer, the Ministry of Health recommends one month's shares, blue November that seeks to draw attention to the man about his health, since prostate cancer is the most common among men with high mortality.

KEY-WORDS: Health; Self Care; Cancer; Prostate.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica.

[2] Acadêmicos do 4º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX.

[3] Professora Orientadora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX. Enfermeira da ESF do município de São Mateus, ES

1 INTRODUÇÃO

Mediante o alto índice de câncer de próstata, que na maioria dos casos são diagnosticados em grau avançado da doença, surge a seguinte indagação: Qual o papel do enfermeiro no programa saúde do homem?

A participação do enfermeiro na saúde do homem é algo imprescindível, em que o profissional precisa orientar sua equipe e buscar admoestar o homem sobre o cuidado com sua própria saúde incentivando-o a buscar atendimento especializado sem qualquer tipo de preconceito ou receio.

É fundamental ressaltar que o câncer de próstata lidera o ranking dos mais incidentes em todas as regiões do País, a região mais afetada é a Sul, com 91 casos a cada 100 mil habitantes, seguida por Sudeste com 88 casos pro 100 mil habitantes, Centro-Oeste 63 casos por 100 mil habitantes, Nordeste 47 casos por 100 mil habitantes e Norte 30 casos por 100 mil habitantes. Esses dados são realmente preocupantes e mostram que tanto o programa de saúde do homem como o próprio homem precisa estabelecer uma atenção especial sobre o que se refere à sua saúde (BRASIL, 2013 e INCA, 2013).

BRASIL (2009) preconiza um mês de ações para chamar atenção à saúde do homem, novembro azul, tendo ênfase no câncer de próstata. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem formalizada pela Portaria GM n° 1944 de 27 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde, implementada com ações que são desenvolvidas no âmbito do SUS, com potencial benéfico para a população masculina diz que se tende a criar estratégias de serviços preventivos, de educação em saúde, dessa maneira, espera-se reverter o atual quadro de pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde com uma maior participação da comunidade.

O presente artigo tem como objetivo geral mostrar a importância da participação do profissional enfermeiro na prevenção à saúde do homem e tem como objetivos específicos orientar sobre o cuidado que precisa ter com sua própria saúde, alertar sobre o câncer de próstata, mostrar o papel do enfermeiro na saúde do homem, contribuir na promoção da saúde, alcançar bom êxito na profilaxia e na educação em saúde.

A metodologia utilizada será Pesquisa Exploratória de Abordagem Qualitativa e de Revisão Bibliográfica. De acordo com Gil (2002) pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO

O aparelho reprodutor masculino é formado pelos testículos, sistema de ductos que corresponde ao epidídimo, o ducto deferente, os ductos ejaculatórios e a uretra, glândulas sexuais acessórias que compreende as glândulas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais, e estruturas de apoio como o escroto e o pênis (TORTRORA e NIELSEN, 2013).

2.1.1 ESCROTO

De acordo com DANGELO e FATTINI, 2011, o escroto é a estrutura de sustentação dos testículos localizada na parte posterior do pênis e abaixo da sínfise púbica, ele é formado por pele frouxa hiperpigmentada com pelos e tecido subcutâneo, localizado na parte fixa do pênis.

A parte externa do escroto assemelha-se a uma bolsa de pele dividida em porções laterais por uma crista mediana cujo nome é rafe do escroto, já a parte interna apresenta duas bolsas sendo que cada uma contêm um testículo (TORTORA e NIELSEN, 2013).

2.1.2 TESTÍCULOS

Segundo DANGELO E FATTINI, 2007, os testículos são duas glândulas ovais que ficam dentro do escroto responsáveis pela produção de espermatozóides e também produzem hormônios responsáveis pelas características masculinas a partir da puberdade. Eles são revestidos pela tunica albugínea, uma membrana fibrosa, são divididos incompletamente por septos em lóbulos cuneiformes, onde estão os túbulos seminíferos, local onde são produzidos os espermatozóides.

Os ápices dos lóbulos convergem e formam o mediastino formado por uma massa de tecido fibroso. Os testículos desenvolvem-se na cavidade abdominal e descem para o escroto durante o desenvolvimento fetal (DANGELO e FATTINI, 2008).

2.1.3 SISTEMA DE DUCTOS

No sistema de ductos temos o epidídimo que é a estrutura responsável por armazenar os espermatozóides até a ejaculação, é formado por cabeça, corpo e cauda. Fica situado na margem superior de cada testículo. Outra estrutura é o ducto deferente se encontra além da cauda do epidídimo, ele se localiza através de uma passagem na porção mais inferior da parede abdominal chamada canal inguinal, sua função é conduzir os espermatozóides (TORTORA e NIELSEN, 2013).

Os ductos ejaculatórios é a estrutura formada pela união do ducto deferente com ducto excretor da glândula seminal. É a porção com menor tamanho e calibre mais reduzido. Estão localizados na parte superior da próstata seguindo até a parte prostática da uretra (DANGELO e FATTINE, 2007).

A uretra é um canal comum para o sêmen e a urina. DANGELO e FATTINI, 2008, diz que ela possui três partes, prostática que passa pela próstata e contém uma saliência denominada de colículo seminal onde desembocam os ductos ejaculatórios, parte membranácea da uretra que passa pelo músculo transverso profundo do períneo e parte esponjosa situada no corpo esponjoso do pênis, nessa parte encontra-se uma porção dilatada chamada fossa navicular da uretra.

2.1.4 FUNÍCULO ESPERMÁTICO

Para TORTORA e NIELSEN, 2013, funículo espermático é uma estrutura de apoio ao sistema genital masculino que se ascende e se origina do escroto. Tal estrutura possui veias que drenam os testículos e conduzem a testosterona para a circulação.

2.1.5 GLÂNDULAS SEXUAIS ACESSÓRIAS

As glândulas sexuais acessórias correspondem a glândulas seminais que possuem aparência de bolsas localizadas na parte inferior da bexiga e posterior a ela. Tais glândulas secretam um liquido que ajuda a neutralizar o ácido da uretra e do trato genital feminino, também contribui para a motilidade e a viabillidade dos espermatozóides e estimula contrações musculares no trato genital feminino (TORTORA e NIELSEN, 2013).

Também corresponde a glândulas bulbouretrais que estão posicionadas na parte superior a próstata em cada lado da parte membranosa da uretra. Possuem tamanho pequeno e também são responsáveis por secretar uma substância que neutraliza os ácidos da urina encontrados na uretra para proteger os espermatozóides que passam. De acordo com TORTORA e NIELSEN, 2013, elas também secretam

muco que lubrifica a extremidade do pênis e o revestimento da uretra com isso reduz-se o número de espermatozóides danificados no momento da ejaculação.

2.1.6 SÊMEN

Para DANGELO e FATTINI, 2011, o sêmen é uma combinação de espermatozóides e liquido seminal, para ativar os espermatozóides e facilitar o avanço até as vias de passagem.

Uma ejaculação normal é de 2,5 a 5 ml com 50 a 150 milhões de espermatozóides/ml. Um homem que possui uma contagem de espermatozóides menor que 20 milhões/ml provavelmente é infértil, pois é preciso uma quantidade muito grande de espermatozóides para a fertilização (TORTORA e NIELSEN, 2013).

2.1.7 PÊNIS

O pênis é um órgão do sistema genital e do sistema urinário, ele da passagem para ejaculação do sêmen e excreção da urina. Sua estrutura é composta por raiz, corpo e glande, o corpo possui três massas envolvidas por tecido fibroso sendo que duas recebem o nome de corpos cavernosos e uma chamada de copo esponjoso, pois contêm a parte esponjosa da uretra. Essas três massas são envolvidas por pele e camada subcutânea formadas de tecido erétil, que é formado por espaços vasculares revestidos por células endoteliais, músculo liso e tecido conjuntivo elástico. A glande do pênis compreende a extremidade distante do corpo esponjoso do pênis e é envolvida por um revestimento frouxo denominado prepúcio. A porção fixa é denominada raiz do pênis e é formada pelo bulbo do pênis e os ramos. O processo de ereção do pênis ocorre a partir da dilatação de vasos sanguineos aumentando a quantidade de sangue que entra no tecido erétil levando a ereção. De acordo com KOEPPEN e STANTON, 2009, a ereção é um processo neurovascular. Quando a estimulação sexual acaba os espaços vasculares diminuem por causa da constrição das arteríolas e contração do músculo liso, a pressão que está sobre as veias durante a ereção é aliviada permitindo a drenagem do sangue fazendo com que o pênis volte ao estado de flacidez.

2.2 PRÓSTATA

A próstata faz parte das glândulas sexuais acessórias, segundo TORTORA e NIELSEN, 2013, ela possui formato de anel, mede aproximadamente 4 cm de largura, 3 cm de altura e 2 cm de profundidade. Está posicionada inferiormente a bexiga e em volta da parte prostática da uretra. Ela secreta um líquido leitoso e alcalino que se junta à secreção da vesícula seminal para formar o sêmen.

MOORE, DALLEY e AGUR, 2013 diz que ela é a maior glândula acessória do aparelho reprodutor masculino.

A cápsula da próstata se contrai ao mesmo tempo com as contrações do canal deferente para que o líquido que ela produz se junte ao sêmen. O liquido prostático é levemente alcalino, sua alcalinidade é essencial para a fertilização do óvulo, já que o sêmen é relativamente ácido e as secreções vaginais também apresentam acidez. Para que o espermatozóide adquira a mobilidade necessária o pH dos líquidos que o envolvem precisa atingir valores de 6,0 a 6,5, sendo assim o líquido prostático levemente alcalino ajuda a neutralizar a acidez dos outros líquidos seminais aumentando a mobilidade e a fertilidade do espermatozóide (GUYTON & HALL, 2011).

Figura 1: Imagem ilustrativa da localização da próstata

Fonte: TORTORA E NIELSEN, 2013

2.3 CÂNCER DE PRÓSTATA

De acordo com TORTORA e NIELSEN, 2013, o câncer de próstata é a principal causa de morte nos EUA. No Brasil é o mais comum entre os homens, em São Paulo são diagnosticados 22 novos casos novos por 100.000 habitantes a cada ano. Ele é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, considerado um câncer da terceira idade, visto que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Alguns fatores podem influenciar a desencadear câncer de próstata como fatores genéticos, indivíduos que têm familiares portadores das doenças possuem mais chance de desenvolver, o fator hormonal também é muito significativo, pois a doença regride com a diminuição do hormônio masculino, a testosterona não induz ao câncer, contudo em pessoas que já possuem a doença ela pode estimular o crescimento do tumor. O fator alimentação também é essencial, pois uma dieta rica em gordura e pobre em frutas e verduras aumenta a chance de desenvolvimento do câncer, levar uma vida sedentária também contribui para o aparecimento da doença.

O câncer de próstata geralmente não apresenta sintomas, podendo em estágio avançado apresentar dificuldades para urinar e sangue na urina. Ele cresce de uma maneira muito lenta, sendo que é de extrema relevância que homens a partir dos 50 anos consultem um médico anuamente e se houver casos na família ou fatores de riscos é importante que comece a consulta anual a partir dos 45 anos. Ele é raro em homens asiáticos, é mais prevalente entre negros nos Estados Unidos, não se tem muita informação sobre a etiologia do câncer de próstata, múltiplos fatores de risco como idade, raça, historia familiar, níveis hormonais e influências ambientais podem influenciar no aparecimento do câncer. É fundamental avaliar o estágio da doença, tanto para definir o prognóstico como para fazer o tratamento adequado. Para analisar a gradação do tumor é usado o sistema de Gleason, uma parte do tecido prostático é retirado para biópsia e analisado através de um microcópio.

A figura abaixo mostra que segundo o sistema de Gleason os cânceres de próstata são organizados em cinco graus com base nos padrões glandulares e diferenciação (KUMAR, ABBAS e FAUSTO, 2005):

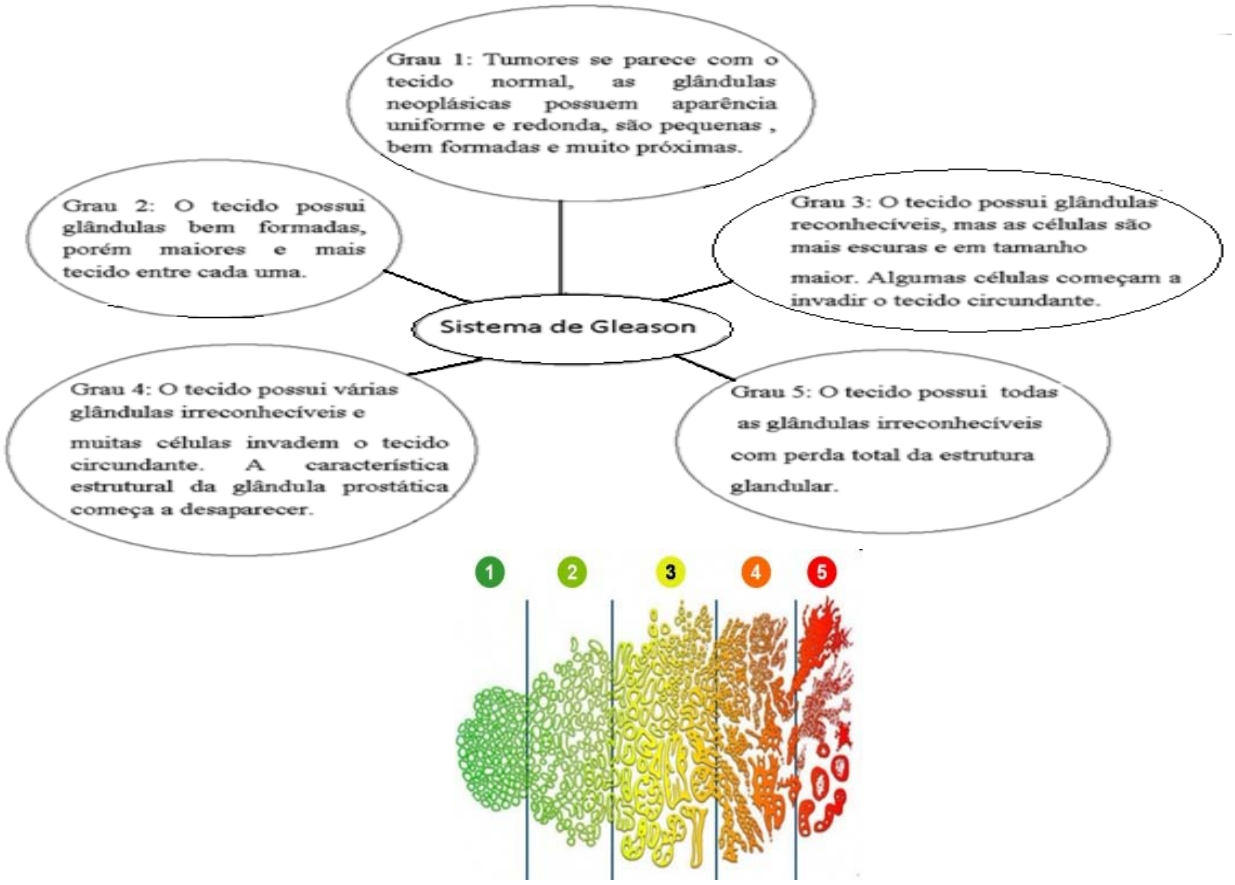
Grau 1: Tumores se parece com o tecido normal, as glândulas neoplásicas possuem aparência uniforme e redonda, são pequenas , bem formadas e muito próximas.
Grau 2: O tecido possui glândulas bem formadas, porém maiores e mais tecido entre cada uma.
Grau 3: O tecido possui glândulas reconhecíveis, mas as células são mais escuras e em tamanho maior. Algumas células começam a invadir o tecido circundante.
Sistema de Gleason
Grau 4: O tecido possui várias glândulas irreconhecíveis e muitas células invadem o tecido circundante. A característica estrutural da glândula prostática começa a desaparecer.
Grau 5: O tecido possui todas as glândulas irreconhecíveis com perda total da estrutura glandular.
1
2
3
4
5

Figura 2: Imagem ilustrativa do Escore de Gleason

Fonte: http://www.ebah.com.br/content/ABAAABrWwAA/gradacao-histologica

Escores de Gleason de 2 a 4 são tipicamente constatados em tumores pequenos na zona de transição. Em amostras cirúrgicas esse câncer de baixo grau é tipicamente descoberto de forma incidental na ressecção transuretral realizada para sintomas de HPB. A maioria dos cânceres potencialmente tratáveis que são identificados a biópsia por agulha possuem escores de Gleason de 5 a 7. Tumores com escore de Gleason de 8 a 10 tendem a serem cânceres avançados com pouca possibilidade de cura. Embora existam evidências de que alguns cânceres de próstata podem se tornar menos diferenciados com o tempo, na maioria dos casos o escore de Gleason permanece estável por um período de vários anos. O sistema de estadiamento mais comum é o TNM. O estágio T1 se refere ao câncer descoberto incidentalmente na ressecção transuretral feita para sintomas de HPB (T1a e T1b dependendo da extensão e grau) ou na biópsia por agulha, realizada para níveis plasmáticos de PSA elevados (estágio T1c). O estágio T2 é um câncer confinado ao órgão. Tumores de estágios T3a e T3b têm extensão extraprostática com e sem invasão da vesícula seminal, respectivamente. O estágio T4 reflete a invasão direta de órgãos contíguos. Qualquer dissipação tumoral para linfonodos, independentemente da extensão, é finalmente associada a um final fatal, de modo que o sistema de estadiamento meramente registra a presença ou ausência deste achado (KUMAR, ABBAS e FAUSTO, 2005).

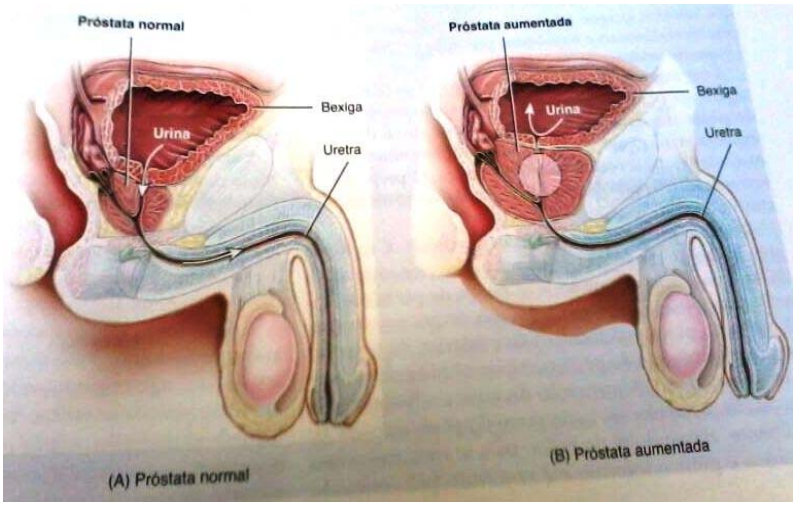

Figura 3: Imagem ilustrativa do aumento da próstata

Fonte: TORTORA E NIELSEN, 2013

2.3.1 **Diagnóstico**

O diagnóstico é feito através do exame físico que corresponde ao toque retal e o exame laboratorial que é a dosagem de PSA (antígeno prostático específico), uma proteína produzida pela próstata. Ele é confirmado por um exame histológico do tecido retirado cirurgicamente por Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP), prostatectomia aberta ou biópsia por agulha transretal orientada por ultrassom. A aspiração por agulha fina constitui um método rápido e indolor de obter céulas da próstata para exame citológico e para estadiamento da doença (SMELTZER, et al, 2011).

No toque retal analisa-se o tamanho da próstata, a consistência, a superfície, presença de alguma área endurecida, caso ocorra alguma alteração no exame o médico solicita uma biópsia. Segundo KUMAR, ABBAS e FAUSTO 2005, em 70% dos casos o tumor aparece na zona periférica da próstata que frequentemente pode ser palpável ao toque retal. Já no exame de PSA analisa-se a quantidade dessa proteína, se estiver elevada significa que o tamanho da próstata aumentou, porém não quer dizer que seja a presença de um câncer, outros fatores também podem causar o aumento da próstata, sendo por isso importante a realização dos dois exames.

A próstata com tumor maligno possui consistência dura e muitas vezes é irregular (MOORE, DALLEY e AGUR, 2013).

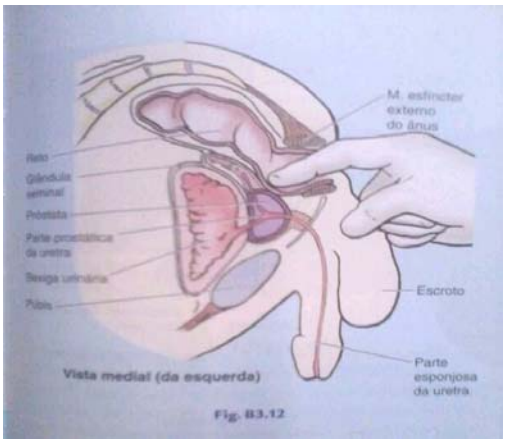

Figura 4: Realização do toque retal. Fonte: MOORE, DALLEY e AGUR, 2013

2.3.2 **Tratamento**

O tratamento varia de acordo com o tamanho, classificação do tumor, a idade do paciente, expectativa de vida, nos sintomas, no risco do reaparecimento da doença, no escore de Gleason, nos níveis de PSA, na probabilidade de complicações e na preferência do paciente. Ele pode causar tanto impotência sexual como incontinência urinária. Os tipos de tratamentos mais indicados são a cirurgia, radioterapia e braquiterapia (SMELTZER, ET AL, 2011).

2.3.2.1 CIRURGIA

MOORE, DALLEY e AGUR, 2013 diz que nos casos graves toda a próstata é retirada junto com as glândulas seminais, ductos ejaculatórios e as partes terminais do ducto deferente. A cirurgia é feita através de uma incisão no abdômen, abaixo do umbigo, onde a próstata é removida juntamente com o tumor, é um tratamento mais agressivo, visto que é uma intervenção complexa.

Atualmente o tratamento mais comum para o câncer de próstata clinicamente localizado é a prostatectomia radical. Notáveis melhoras na técnica cirúrgica reduzindo o risco de perda sanguínea intraoperatória, impotência e incontinência pós operatórias tornou esse procedimento mais notório (KUMAR, ABBAS e FAUSTO, 2005).

2.3.2.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia é realizada através de várias aplicações, uma por dia, de um feixe externo concentrado de irradiação que atinge a próstata. É um tratamento prolongado, que dura sete ou oito semanas durante cindo dias por semana, porém um pouco mais simples que a cirurgia, já que não envolve internação e anestesia. É uma opção de tratamento para pacientes com câncer de próstata de baixo risco, os pacientes que apresentam risco intermediário e alto risco recebem doses mais altas (SMELTZER, ET AL, 2011).

Para KUMAR, ABBAS e FAUSTO, 2005, o câncer de próstata pode ocorrer de uma maneira muito lenta e podem passar até 10 anos para notar um benefício depois da cirurgia ou radioterapia.

2.3.2.3 BRAQUITERAPIA

A braquiterapia consiste na colocação de agulhas na próstata com orientação ultrassônica do doente mantido sob leve anestesia, através das quais são aplicadas 80 a 100 sementes radioativas intersticiais dentro da glândula de acordo com o volume da próstata. Para tumores que estão localizados dentro da glândula, a prostatectomia radical e a radioterapia são as primeiras opções consideradas de melhor eficácia. Após o procedimento o paciente retorna para casa e deve tomar alguns cuidados como evitar relações sexuais com mulheres grávidas e lactantes até dois meses, a urina deve ser coada para recuperação das sementes e usar preservativo durante relação sexual por duas semanas após o implante para captar sementes que possam passar pela uretra. Todos os tipos de tratamento podem causar impotência e incontinência urinária (SMELTZER, ET AL, 2011).

De acordo com KUMAR, ABBAS e FAUSTO, 2005, no caso de metástase a terapia endócrina é o tratamento mais adequado, pois as células do câncer de próstata dependem de androgênios para sua sustentação, então as manipulações endócrinas reduzem as células tumorais de testosterona.

2.4 AÇÕES DO ENFERMEIRO VOLTADAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

É evidente que há uma quantidade significativa de homens com câncer de próstata e o maior obstáculo para a prevenção é a resistência para fazer o exame de toque, cabe ressaltar que é importante a realização dos dois exames, tanto o de toque como o de sangue.

BRASIL, 2007, pontua que a atuação do enfermeiro compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação com autonomia e preceitos éticos e legais. O papel do enfermeiro é ajudar a ampliar o acesso dos homens as informações. Para que isso aconteça é importante a realização de estratégias, tais como:

- Planejar palestras educativas em escolas, igrejas e na Unidade de Saúde.
- Realizar consulta de enfermagem;
- Organizar campanhas incluindo o novembro azul;
- Orientar sobre atividade física, dieta e hábitos de saúde;
- Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao individuo;
- Realização de eventos nas próprias Unidades de Saúde juntos com graduados, ou aqueles em fase de término de faculdade ou curso de nível técnico;
- Promover educação em saúde;
- Capacitação da equipe;
- Visitas domiciliares;
- Ampliar o acesso ao serviço;
- Participação em assuntos ligados à comunidade na Associação de Moradores;
- Horta comunitária com finalidade de criar modos de interagir e maior participação desse homem e sua família;
- Planejar e coordenar maior integração da família;
- Manter uma linguagem de fácil entendimento.

O enfermeiro deve proporcionar informações à população sobre assuntos relacionados ao câncer de próstata interagindo com a comunidade com humanização do atendimento e foco holístico, prestando qualidade no atendimento oferecido. Deve-se avaliar e planejar a assistência oferecida à população masculina visando alcançar o bem-estar e melhores condições para manutenção da saúde. O enfermeiro deve responder a dúvidas de maneira clara e satisfatória, proporcionar informações sobre recursos na comunidade para enfrentar o câncer (MURTA, 2009).

Segundo GAS, 2009 a enfermagem é uma profissão que presta assistência ao paciente, que ajuda a promover e a manter a saúde ideal evitando a doença e restaurando a saúde, o relacionamento entre enfermeiro e paciente é um relacionamento assistencial baseado na confiança e no respeito, para que esse relacionamento ocorra é necessário empatia, ou seja, capacidade de compreender o sentimento das pessoas em determinadas situações.

O enfermeiro ao realizar as funções que pertencem ao seu papel deve ter competência para comunicar-se efetivando o relacionamento com os demais profissionais, pacientes e suas famílias (STEFANELLI e CARVALHO, 2012).

2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

De acordo com ROCHA, 2013, as práticas de Saúde Pública equivalem às ações que administradas direta ou indiretamente pelo Estado objetivam a resolução de problemas do âmbito. Analisando o alto índice de morbimortalidade presente na população masculina e tendo a necessidade de organizar

ações integrais para o cuidado na saúde do homem foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Portaria Nº 1.944, de 27 de Agosto De 2009.

BRASIL, 2008, diz que a política reconhece que os problemas de saúde do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) busca promover ações de saúde que contribuam para o aumento da expectativa de vida e redução dos índices de morbimortalidade por prevenções nessa população. Dessa forma estimula-se o autocuidado e, sobretudo o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania (BRASIL, 2008).

Os homens possuem muita resistência em buscar os serviços de atenção primária, pois associam o autocuidado com a fragilidade e fraqueza, o que acaba por ocasionar complicações que poderiam ser evitadas pela busca de medidas da atenção básica. Eles possuem dificuldade de reconhecer suas necessidades achando-se invulneráveis a doenças por conta de sua masculinidade, fazendo com que se cuidem menos e se exponham a situações de risco (BRASIL, 2008).

A PNAISH visa à promoção de saúde, com melhorias ao acesso a saúde pública e aos serviços de assistência integral a saúde, tendo como princípios a equidade e universalidade no atendimento a população masculina com equipamentos e materiais adequados, humanização, respeitando cada homem em sua individualidade e seguindo princípios éticos, responsabilidade quanto à qualidade de vida abrangendo as áreas do governo e a sociedade, orientação a população masculina, a sua família e a comunidade (BRASIL, 2008).

As diretrizes da política que regem os planos, programas, projetos e atividades foram elaborados visando à integralidade, ou seja, o atendimento integral, o usuário precisa ter atendimento em todas as suas necessidades, factibilidade que visa o acesso a saúde com todos os equipamentos necessários, recursos, tecnologias, estrutura adequada, coerência, em que as diretrizes precisam estar pautadas e coerentes de acordo com o princípio do SUS e a viabilidade que está ligada a gestão e controle social para a execução das diretrizes.

Segundo Brasil, (2008, P. 37), as diretrizes da PNAISH são as seguintes:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;

- Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

3 METODOLOGIA

De acordo com os objetivos propostos, foi realizado um estudo de pesquisa de revisão bibliográfica. Revisar significa olhar novamente, retomar os discursos de outros pesquisadores, mas não no sentido de visualizar somente, mas de criticar. Só pode haver crítica se, os objetivos estiverem claros e bem formulados.

Para FIGUEREIDO, 1990, a revisão de literatura, possui dois papéis interligados: 1 Constituem-se em parte integral do desenvolvimento da ciências; 2 Fornecem aos profissionais de qualquer área, informação sobre o desenvolvimento corrente das ciências e sua literatura: Função de atualização.

Então, autores como: Gil, Kumar, Tortora e Nielsen dentre outros que foram citados, sendo estes grandes estudiosos e pesquisadores da área, contribuíram significativamente para o enriquecimento e conclusão deste artigo.

O referencial bibliográfico teve como fonte de pesquisa, livros e artigos científicos extraídos revistas, para fundamentação e embasamento teórico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise do tema e dos fatos mencionados, fica claro que o câncer de próstata é o mais comum em homens e com alto índice de morte. SMELTZER, et al, 2011 diz que o câncer de próstata é diagnosticado quando o homem procura o serviço de saúde por conta dos sintomas de câncer em estágio avançado como a obstrução urinária. Esses dados mostram a falta do autocuidado que eles possuem, pois muitos ainda possuem preconceito para realizar os exames com o intuito da prevenção.

É importante dizer que a parceira do homem tem um papel fundamental em sua saúde, pois a mulher como acompanhante nas consultas pode motivá-lo a procurar o atendimento como também ajudar a falar sobre fatos que o homem fica apreensivo ou que julga sem importância mencionar. O exame de toque que é visto de uma maneira tão descriminada pela população masculina é de grande importância para a realização do diagnóstico precoce e como conseqüência torna o tratamento mais fácil.

Toda a equipe de saúde deve estar preparada para receber a população masculina da melhor forma possível, mostrando segurança, respeito às peculiaridades de cada homem, conservando os valores éticos e agindo de forma profissional. Um bom atendimento faz toda a diferença na vida do ser humano e é essencial para que ele retorne ao local sempre que necessário.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL, COFEN**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro-RJ, 2007.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Básica**, 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2007.

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Básica**, 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2008.

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana: Sistêmica e Segmentar**, 3 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2011.

FIGUEREIDO, Nice. **Da importância dos artigos de revisão de literatura. Revista Brasileira de biblioteconomia e documentação**, São Paulo, V.23, n.1/4. Pág.131-135, jan./dez. 1990.

GAS, B. W. Du. **Enfermagem Prática**, 4 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2008.

GIL, Carlos Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4 ed, São Paulo:Editora Atlas,2002.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**, 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders, 2011.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K. ; FAUSTO, Nelson. **Robbins & Cotran Patologia: Bases patológicas das doenças**, 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders, 2005.

KOEPPPEN, Bruce M. e STANTON, Bruce A. **Berne e Levy: Fisiologia**, 6 ed. Rio de Janeiro. RJ: Elsevier, 2009.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia Orientada para a Clínica**, 6 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**, 5 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena. **Saúde Pública: bases conceituais**, 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **BRUNNER E SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 12 ed. Rio de Janeiro, SP: Guanabara Koogan, 2011.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**, 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

TORTORA, Gerard J. ; NIELSEN, Mark T. **Princípios de Anatomia Humana**, 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

TORTORA, Gerard J. ; NIELSEN, Mark T. **Princípios de Anatomia Humana**, 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE[1]

Emanueli Valéria da Cunha[2]

Patrícia Rodrigues Tones[2]

Paula Hoffman[2]

RESUMO

Saúde mental não significa apenas ausência de distúrbios mentais. Ser saudável mentalmente é estar bem com os outros e consigo mesmo. A pesquisa aborda o uso de antidepressivos por profissionais de saúde, explica as razões do consumo indiscriminado e aborda as consequências que os antidepressivos causam na realização das tarefas do profissional de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa com o tema saúde mental, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a enfermeiros. Concluímos com o trabalho que, devido ao uso excessivo de antidepressivos, em especial por profissionais com carga de dupla jornada de trabalho, as habilidades em enfermagem acabam sendo prejudicadas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros. Saúde mental. Doença.

ABSTRACT

Mental health doesn't mean only absence of mental disorders. Being mentally healthy is to be well with others and with yourself. The research focuses on the use of antidepressants by health professionals, explains the reasons of indiscriminate consumption and discusses the consequences that antidepressants cause in performing professional nursing tasks. This is a survey of the topic mental health, for references, exploratory, qualitative approach, with secondary data collection, aimed at nurses. We conclude with this research that, due to excessive use of antidepressants, especially by professionals with a load of double shifts, the nursing skills end up being harmed.

KEYWORDS: Nurses. Mental health. Disease.

---

[1] Artigo de Iniciação científica de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia.

[2] Acadêmicas do 5º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

1- INTRODUÇÃO

Mediante reflexão do tema proposto saúde mental que descreve o nível de vida cognitiva emocional ou a ausência de doença mental. Saúde mental não significa apenas ausência de doenças/distúrbios mental, ser saudável mentalmente é estar bem com os outros e consigo mesmo, é saber respeitar os limites, as diferenças, é conseguir compreender que na vida existem momentos bons e ruins e ter a capacidade de suportar as dificuldades que a vida tem a oferecer. É saber controlar as emoções e não deixar que os sentimentos advindos tirem-lhe do seu normal ou as suas esperanças e expectativas de vida, é estar ciente que o mundo é de todos e que as coisas não vão acontecer do jeito que você as quer, mas sim, da maneira que devem acontecer e é preciso saber lidar com isso sem perder o juízo.

Segundo dados coletados no site Info Escola a World Health Organization afirma que ela é uma condição na qual o ser humano alcança o que se denomina de bem estar integral, o qual engloba as esferas orgânica, psíquica, social e espiritual; portanto, não diz respeito apenas à carência de enfermidades e fraquezas.

O termo depressão é usado comumente para descrever uma relação humana normal diante de uma perda importante onde há uma mudança no humor da pessoa e ela fica cada vez com uma tristeza maior. Outras vezes, representa simplesmente um sentimento de tristeza, porém nem todas as tristezas significam ser depressivas, quando é depressão a tristeza permanece por um prazo prolongado e fora do normal, e os portadores perdem cada vez mais o sentido da vida e a vontade de viver, como por exemplo, perder o prazer das coisas que antes eram essenciais.

A depressão é uma doença crônica e pode surgir em qualquer fase da vida sem ter um real motivo e esta precisa ser tratada por um especialista pois ela toma conta da sua vida e é um grande fator de suicídio.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANTIDEPRESSIVOS

Segundo Penildo (2006), os antidepressivos são medicamentos (drogas) capazes de alterar o humor, esse medicamento e capaz de oscilar os dois polos que são compreendidos entre euforia expansiva e depressão dolosa. Estes são utilizados buscando o alívio dos sintomas causados pela depressão, pois podem colaborar na correção de uma baixa autoestima ocasionada pelo humor deprimido.

“A maioria dos antidepressivos têm ações importantes no metabolismo das monoaminas neurotransmissoras e seus receptores, principalmente a norepinefrina e a serotonina”. (Goodman, 2007)

As propriedades farmacológicas dos fármacos antidepressivos ainda não são totalmente conhecidas, e a interpretação significativa limita-se por não existir uma teoria piscicobiológica que abrange os transtornos do humor. (Goodman, 2007)

2.2 EFEITO DOS ANTIDEPRESSIVOS NO ORGANISMO

“Os fármacos modernos (ISRS e Antidepressivos tricícliclos) enfocam o bloqueio das captações de serotonina e norepinefrina e, por esse motivo, prolongam seus efeitos sinápticos”. (Goodman, 2007)

Segundo Penildo (2006), esses antidepressivos quando são admitidos oralmente, vão para corrente sanguínea após um período de 4 horas eles se ligam em alta as proteínas sanguíneas, e após um período mais longo de 20 a 30 horas esse medicamento que foi ingerido irá alcançar o equilíbrio plasmático do organismo que entrará em biotransformação.

As proteínas voltam a ser produzidas em uma a duas semanas, mas nesta fase o paciente continua vulnerável ao desencadeamento de crises hipertensivas pelo aumento da concentração de aminas provenientes da dieta ou de medicamentos aminérgicos. (Penildo, 2006)

Os antidepressivos inipramina são inteiramente absorvidos pelo trato gastrintestinal, sofrem biotransformação hepática rápida por oxidação possivelmente têm metabólitos ativos, sofrendo N-desmetilação, de 60 a 85% após a primeira passagem que iria se transforma em desmetilimipramina e desipramina que possuem ação antidepressiva causando assim vários efeitos indesejáveis em nosso organismo como efeito dos Anticolinérgicos, boca seca, visão turva, obstipação e retenção urinária, já as Cardiovasculares têm como efeito aumento da freqüência cardíaca, hipotensão postural as propriedades antiarrítmicas quinidina-símile dos antidepressivos favorecem seu uso em pacientes com extrassístoles ventriculares. Outros efeitos colaterais não menos importantes se referem àqueles que podem ser confundidos com a própria sintomatologia depressiva. (Penildo, 2006)

2.3 DEPRESSÃO

As pessoas passam por momentos difíceis nos quais se sentem tristes, sozinhas ou infelizes, a perda de um ente querido ou perda do emprego pode fazer com que se sinta "deprimido". Na maior parte das vezes, estará experimentando um sentimento normal e compreensível. (FUREGATO, A. R. F.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C.., COSTA JR, M. L. , 2005).

A depressão, é de fundamental importância entre os estudos da saúde mental e da saúde dos trabalhadores, é caracterizada por lentidão dos processos psíquicos, humor depressivo ou irritável, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamento com característica negativa, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo. (FUREGATO, A. R. F.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C.; COSTA JR, M. L., 2005).

Diversos fatores estão associados à depressão, tais como, desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. Entre trabalhadores de enfermagem, o excesso de depressão entre a classe pode estar relacionado a fatores internos ao ambiente de trabalho e ao processo de trabalho, como: os setores de atuação profissional, jornadas de trabalho, o relacionamento com outros enfermeiros, a sobrecarga de serviço, a má organização, a autonomia na execução de tarefas, o desgaste, a insegurança, o conflito de interesses; e a fatores externos ao trabalho, como: sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador, e as características individuais. (SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. e MARZIALE, M. H. P., 2011).

A depressão por ser um grave problema de saúde global, cria um grande fardo econômico na sociedade e nas famílias e têm grande impacto na saúde do indivíduo e de suas famílias. (HEGADOREN, Kathy et al., 2009)

> As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno, uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (Murray; Lopez, 1996).

2.4 ESTRESSE

> O estresse no trabalho pode afetar qualquer pessoa, em qualquer setor e tipo de organização, e configura-se em um problema de saúde pública da sociedade moderna. Trata-se de um problema grave que traz consequências para empregadores, trabalhadores e a sociedade em geral. (Glina, 2010)

Estresse, de acordo com a engenharia refere-se à ação de forças físicas em estruturas mecânicas, este irá se referir ao processo geral do transtorno do estresse. Alguns estudos relatam que o estresse interfere na aprendizagem, mesmo quando não produz danos cerebrais aparentes. (Carlson, 2002)

Segundo Dubrin (2003), estresse é a condição física e mental que resulta de uma ameaça percebida, com a qual não se pode lidar, é portando uma resposta interna. A pessoa estressada se torna fisicamente e mentalmente estimulada. O estresse decorre de uma situação onde o individuo está passando por momentos difíceis em sua vida, onde está sofrendo preocupações, como a perda do emprego, mais também pode decorrer de uma situação de acúmulo de trabalho, onde a pessoa se sobrecarrega de serviço tentado alcançar um salário melhor.

O estresse é então respostas corporais de adaptação à influências, exigências e tensões. O nível de estresse está sempre presente no corpo, o problema é o grau de estresse encontrado no corpo – taxa de desgaste – Os estressores que o corpo está exposto têm variáveis a cada minuto. Um estressor é algo que produz estresse. (Glina, 2010)

Uma pessoa com estresse apresenta alguns sintomas psicológicos como: o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão sanguínea, da razão de respiração, do tamanho da pupila e transpiração. Se os sintomas do estresse forem muitos severos podem desencadear outras desordens relacionadas ao estresse, como a hipertensão, enxaqueca, úlcera, colite ou alergia. (Dubrin, 2003)

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente estudo teve como tipo de pesquisa exploratória que na concepção de Cervo e Bervian (2002,p.69) “A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.”

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, será utilizada como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p. 44), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.”

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicadas em documentos.”

4 CONCLUSÃO

Concluímos com este trabalho que por, apresentar um alto índice de enfermeiros que fazem o uso excessivo de antidepressivos, que por ter uma carga excessiva de trabalho, o agir do enfermeiro acaba sendo prejudicado.

A falta de estímulos, salários diferenciados, a má organização de divisão de tarefas, sobrecarga, duplas jornadas de trabalho vem causando um estresse permanente nos enfermeiros.

Enfermeiros precisam trabalhar além do necessário para conseguir ter um salario digno da profissão, e isso acaba afetando o seu psicológico, e seu comportamento no local de trabalho.

O perfil emocional de um enfermeiro que sofre o mal do estresse sofre alterações no decorrer da vida profissional. O trabalho que era para ser exercido com uma satisfação, hoje em dia não é mais vista assim, a frustação, a irritação, o colapso por exaustão, a fadiga, baixo autoestima, baixo autoconfiança e ate mesmo a depressão viraram rotinas ocasionadas pelo trabalho.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho cientifico.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Cientifica.** 5. Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

DUBRIN, Andrew J. **Fundamentos do comportamento organizacional.** São Paulo: Cengage Learning, 2008.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; NIEVAS, Andréia Fernanda; SILVA, Edilaine Cristina e COSTA JR, Moacyr Lobo. **Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2005 vol.39, n.4, pp. 401-408. ISSN 0080-6234. http://dx.doi.org/10. 1590/S0080-62342005000400005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEGADOREN, Kathy et al. **The many faces of depression in primary care**. Texto contexto - enferm. [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 155-164. ISSN 0104-0707. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100019

SILVA, Penildon. **Farmacologia.** 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti e MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos**. Rev. esc. enferm. USP [online].2011 vol.45, n.2, pp. 487-493.ISSN 0080-6234. http://dx.doi.org/10. 1590/S0080-62342011000200026.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 440 p.

CARLSON, Neil R. **Fisiologia do comportamento**. 7 Ed. Barueri – SP: Manoela ltda, 2002.

GLINA, Débora Miriam Raab (Org). **Saúde mental no trabalho da teoria e prática**. São Paulo: Roca, 2010, 113 p.

GOODMAN, Louis Sanford. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 11 Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill interamericana do Brasil, 2006.

IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DAS MÃOS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR[1]

Ketlynn Barcellos Oliveira[2]

RESUMO

Trata-se de um artigo que tem como objetivo destacar aspectos e conceitos sobre a importância da higiene das mãos no controle da infecção nosocomial, que é uns dos grandes vilões da saúde publica e privada no nosso país, que acarreta gastos e sofrimentos tanto para a instituição, como para os clientes. A apresentação desse estudo é de suma importância epidemiológica para a assistência à saúde. Com uma pesquisa de caráter bibliográfica, com uma abordagem qualitativa de cunho exploratória, este estudo alerta e auxilia na educação continuada, dos profissionais de saúde que atuam em todas as áreas, para despertar e motivar o espírito prevencionista na equipe de saúde na busca pela qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de Saúde.Higiene das mãos. Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

This is an article that aims to highlight issues and concepts about the importance of hand hygiene in controlling nosocomial infection, which is one of the great villains of private and public health in our country, which entails spending and suffering for both institution as to the customers. The presentation of this study is extremely important for epidemiological assistance to saúde.Com a survey of bibliographical character, with a qualitative approach of exploratory. This study helps alert and continuing education of health professionals who work in all areas. To motivate and awaken the spirit preventionist the health team in the quest for quality.

KEYWORDS: Professionals of the Health. Handhygiene. Hospital Infection.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – MULTIVIX – Nova Venécia.

[2] Acadêmica do 8º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Mediante estudo do tema proposto: Importância da higiene das mãos, no controle e prevenção da infecção hospitalar. Surge a seguinte indagação:Por que alguns profissionais de saúde não seguem em suas praticas diárias as recomendações de higiene das mãos?

Sendo o hospital local de cura e de atendimento daqueles que possuem alguma necessidade de saúde, deveria propor uma assistência humanizada e segura perante suas ações assistenciais. Entretanto, infelizmente esta não é a realidade enfrentada atualmente.

Apesar de todos os estudos, observações reafirmam a falta de conduta dos profissionais que não seguem como rotina nas suas práticas diárias.

Executar a pratica é considera pelos profissionais como uma atitude de suma importância, porém para grande maioria executá-la se torna uma tarefa esquecida, então cabe aos gestores hospitalares, educadores e governo, cobrarem essa atitude de sensibilização a essa questão. A qualidade da assistência prestada está totalmente ligada à assistência com segurança ao cliente.

Medidas de motivação e reeducação da equipe de enfermagem buscando de forma didática e incentivadora a implementação da técnica, adequar de pias, dispositivos de álcool próximo aos leitos, reposição constante de materiais necessários como toalhas de papel e sabão liquido, aumentar o numero da equipe para que as tarefas sejam executadas de forma organizadas e corretas, são essenciais nas condutas de rotinas dos hospitais.

Então, mediante a uma revisão bibliográfica, o presente trabalho trás como objetivo geral a diminuição de infecção hospitalar através da técnica de higiene das mãos e tem como objetivos específicos alertar sobre a importância da técnica; reciclar as práticas utilizadas e qualificar as técnicas básicas conforme a normatização vigente. Visto que trata-se de um assunto de suma importância, pois , é a realidade vivida nos hospitais Brasileiros. Com a implantação das práticas busca-se obter a diminuição da infecção hospitalar. E tendo como resultado não somente benefícios aos clientes, mas também aos profissionais, e a própria instituição, tendo a ação aliada ao conhecimento na busca de melhorias.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 IMPORTANCIA DA PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversosmicrorganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio decontato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfíciescontaminados.(ANVISA, 2007)

É simples o ato de lavar as mãos com sabão e água, visando a remoção de bactérias transitórias e algumas residentes, como também células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidades da pele. (BRASIL, 1988)

Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulaçãode medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado. (ANVISA, 2007).

ANVISA (2007) ressalta que: [...] “As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabão, preparação alcoólica e anti-séptica”.
E aquela medida simples e completamente eficaz de lavagem das mãos foi ficando cada vez maisabandonada e esquecida. (NELSON MOZACHI, 2003)

2.2 TÉCNICAS DE HIGIENE DAS MÃOS

Segundo a ANVISA (2007), as técnicas de higienização das mãos podem variar, dependendo do objetivo ao qual se destinam. Podemser divididas em:

- Higienização simples das mãos.
- Higienização anti-séptica das mãos.
- Fricção de anti-séptico nas mãos.
- Anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos.

2.2.1 HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS

> ‘’Lavagem básica das mãos é o simples ato de lavar as mãos com água e sabão, visando a remoção de bactérias transitórias e algumas residentes, como também células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidade da pele. O profissional de saúde deve fazer desse procedimento um hábito, seguindo as recomendações e etapas de desenvolvimento da seguinte técnica:
> Fique na posição confortável, sem tocar a pia, e abra a torneira, de preferência, com a mão não dominante, isto é, com a esquerda, se for destro, e com a direita, se for canhoto;
> Mantenha se possível, a água em temperatura agradável, já que a água fria ou muito quente resseca a pele, Use, de preferência 2 ml de sabão líquido ,ou sabão em barra.Nessecaso,enxágüe o sabão antes do uso.
> Ensaboe s mãos e friccione-as por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos.
> Enxague as mãos, retirando totalmente a espuma e resíduos de sabão.
> Enxugue-as com papel-toalha descartável;
> Feche a torneira utilizando o papel-toalha descartável ’’(BRASIL, 1988).

2.2.2 HIGIENE ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS.

A técnica de higienização anti-séptica é igualàquela utilizada para higienização simples dasmãos, substituindo-se o sabão por um anti-séptico.Exemplo: anti-sépticodegermante. (ANVISA, 2007)

2.2.3 FRICÇÃO DE ANTI-SÉPTICO NAS MÃOS.

> ‘’Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.
>
> Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
> Friccionar as palmas das mãos entre si.
> Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
> Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.
> Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa.
> Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
> Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.
> Friccionar os punhos com movimentos circulares.

Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha ’’ (ANVISA, 2007).

2.2.4ANTI-SEPSIA CIRÚRGICA OU PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DAS MÃOS.

No preparo das mãos e antebraços, antes de quaisquer procedimentos cirúrgicos,anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos o profissional de saúde deve remover todas as jóias, pulseiras e ou anéis, inclusive a aliança. As unhas devem ser mantidas aparadas e sem esmalte.

Para a anti-sepsia, recomenda-se o emprego de escovas apropriadas, com cerdas macias, descartáveis ou convenientemente esterilizadas. São contra-indicadas as escovas de cerdas duras, já que podem promover lesões cutâneas nas mãos e antebraços. Prescreve, também, a manutenção de escovas em solução desinfetantes, bem como seu reaproveitamento após o uso, caso não existam condições adequadas para a utilização das escovas, deve-se dar preferência ao desenvolvimento da anti-sepsia sem escovação.
Com ou sem a escovação, porém, a sequência da lavagem deve ser ritualmente seguida pelo profissional de saúde, com movimentos de fricção pelas diferentes faces das mãos, espaços interdigitais, articulações, extremidades dos dedos e antebraços, durante cinco minutos antes da primeira cirurgia e de dois a cinco minutos antes das cirurgias subseqüentes, desde que a anterior não tenha sido infectada. (BRASIL,1988)

2.3 CONCEITOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Infecção Hospitalar (IH) é o agravo de causa infecciosa adquirido pelo paciente após sua admissão em hospital. Pode manifestar-se durante a internação ou após a alta, desde que relacionado à internação ou a procedimentos hospitalares. (ANVISA, 2006)
Segundo ANVISA (2006) atualmente, o conceito de IH é mais abrangente quando se contempla a infecção adquirida durante a assistência ao paciente em um sistema de não-internação, no atendimento em ambulatórios ou em consultórios. No contexto das infecções, há grande diferença entre esses pacientes e os pacientes hospitalizados. Para enfatizar o controle da infecção na assistência ambulatorial, é preciso não expor desnecessariamente o paciente a riscos inerentes à internação e à microbiota hospitalar.

2.4 TIPOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Pode-se citar como infecções hospitalares:

2.4.1 INFECÇÃO COMUNITÁRIA

É a infecção constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente no hospital, desde que não relacionada com a internação anterior no mesmo hospital. (ANVISA, 2006).

2.4.2 INFECÇÃO PREVENÍVEL

É a infecção em que a alteração de algum evento relacionado pode implicar na sua prevenção. (ANVISA, 2006).

2.4.3 INFECÇÃO NÃO PREVENÍVEL

É a infecção que acontece a despeito de todas as precauções tomadas. (ANVISA, 2006).

2.4.4 INFECÇÃO ENDÓGENA

É a infecção oriunda da própria microbiota do paciente. (ANVISA, 2006)

2.4.5 INFECÇÃO EXÓGENA

É a infecção que resulta da transmissão a partir de fontes externas ao paciente. (ANVISA, 2006)

3 METODOLOGIA

Nesta seção será apresentada a forma do desenvolvimento da pesquisa do presente trabalho com destaque em pesquisa qualitativa, bibliográfica e exploratória.

Segundo GIL (2002), pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que temcomo objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisaé requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder aoproblema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado dedesordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

Na pesquisa qualitativa aborda destacar dados mais profundos do tema escolhido.
Podendo conceituar como pesquisa qualitativa:...Qualquer tipo de pesquisa que produz descobertas não obtidas por procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. (STRAUSS E CORBIN 1998, P.10-11)

Pesquisa bibliográfica é elabora sobre documentos e contribuições já existentes.
De acordo com GIL (2002) pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado,constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A pesquisa exploratória é realizada quando há pouco conhecimento sobre o tema a ser abordado. GIL (1999) destaca que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentindo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

4 CONCLUSÃO

A higienização das mãos (HM) é o procedimento mais importante e menos dispendioso para evitar a transmissão de infecções relacionadas á assistência á saúde, sendo que ações de promoção e práticas de HM devem ser incentivadas nos serviços de saúde. (ANVISA, 2012)

Deve-se ver a higiene das mãos como responsabilidade individual e coletiva, pois sem a identificação e pratica correta por quem presta a assistência estará sendo uma barreira na melhoria dos cuidados na saúde publica e privada.

A equipe de enfermagem é a principal responsável pela prevenção e controle da infecção, mantendo parâmetros e as técnicas corretas por todos.
Parte de responsabilidade tem as instituições de ensino, na formação de profissionais, preparados e conscientes do compromisso com a prestação de assistência.

Ressaltando o grande numero de atividades durante um plantão e pequeno numero da equipe atuante, a instituição de saúde deve analisar e proceder de forma que acima de tudo não sejam colocados em risco a saúde dos clientes e profissionais.

Ressalvando que não somente é valido ao profissional de enfermagem, mas a todos que atuam na área da saúde sendo que todos com sua formação específica têm em sua ética busca de melhorias e prezar pela vida do cliente.

Em março de 2012 a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, lançou um relatório com os resultados do Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos, sendo uma ferramenta que possibilita a análise da atual situação e promoção da prática de higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde do país. Atitudes como essas são de grande utilidade para saber como anda a prestação do cuidado.

Apenas o conhecimento sem a pratica não garantem a excelente prestação do cuidado, lembrando que todos nós um dia vamos precisar deles.

5 REFERENCIAS

ANVISA,Ministérioda Saúde.**Pediatria:**Prevenção e controle de infecção hospitalar ,2006,Brasília, DF:Agência Nacional de Vigilância Sanitária .

_____.**Curso básico de controle de infecção hospitalar**:Métodos de proteção anti-infecciosa,2000,Brasília,DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

_____.**Higiene das mãos em serviços de saúde**,2007, Brasília,DF:Agência Nacional de Vigilância Sanitária

_____.**Higiene das mãos em serviços de saúde**:Microbiologia aplicada ao controle de infecção hospitalar ,2000,Brasília,DF:Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

_____.**Segurança do paciente**: Relatório sobre autoavaliação para higiene das mãos,2012,Brasília,DF:Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lavaras mãos informações para profissionais de saúde**, 1988, Brasília, DF: Centro de documentação do Ministério da Saúde1988.

COELHO M.S, SILVA Arruda, FARIA Simões, **Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar:** Um estudo, quantitativo. In: 60° Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte 2011,12 p.

GIL,Carlos Antônio, **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4ed, São Paulo:Editora Atlas,2002.

MOZACHI,Nelson,**O Hospital**,2 ed,São Paulo:Editora Manoel Real,2005.

STRAUSS, Anselm,CORBIN,Juliet.**Fundamentos da pesquisa qualitativa.**Estados Unidos da América,1998.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS[1]

Jéssica da Silva Rodrigues[2]

RESUMO

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção. Saúde. Prevenção.

ABSTRACT

Health promotion is a set of strategies focused on improving the quality of life of individuals and collectives. Can materialize through policies, strategies, actions and environmental interventions aiming to work on conditioning and social determinants of health, intersectoral and with popular participation, encouraging healthy choices by individuals and communities in the places where they live, studying, working, among others. Primary Care is the first level of health care and is characterized by a set of health actions, both individually and collectively, which covers the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction and health maintenance with the goal of developing a comprehensive care that positively impact the health status of communities.

KEYWORDS: Promotion. Prevention. Health.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da MULTIVIX – Nova Venécia.

[2] Acadêmica do 5º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a saúde é o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é viver com boa disposição física e mental. Além da boa disposição do corpo e da mente.

O Modelo de promoção da saúde representa transformações importantes nas diretrizes, políticas, concepções e práticas em saúde pública e coletiva, com repercussões na formação e nos papéis sociais dos profissionais da saúde.

O objetivo deste artigo foi apontar a importância da promoção em saúde para despertar a curiosidade de promover a prevenção de possíveis doenças.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Desde a antiguidade os gregos herdaram o conceito de indivíduo, que valorizam os aspectos físicos. Os jogos, exercícios físicos, ginásticas entre outros. Desde esse tempo dispõe a importância das boas condições de vida.

Com o passar dos anos os países de novo mundo não só trocavam entre si doenças mas também as experiências em relação as medidas de prevenção e promoção a saúde e foi com esse pensamento que surgiu os processos comportamentalista e autoritários, sendo o autoritário que implicou a adoção da política sanitária, que obrigava os sadios a adotar comportamentos adequados e os indivíduos doentes a se isolarem.

Para Czeresina (2003), a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças, significava “impedir que se realizar”; “preparar; chegar antes e dispor de maneira que evite [dano]”.

Com o avanço dos estudos medicinais, tais como: clínico, microbiologia, patologia e fisiopatologia, surgimentos de problemas sociais, descobriram grandes taxas de mortalidades, o que gerou uma atenção para a prevenção e promoção de saúde. Onde segmentou-se em estratégias da medicina preventiva.

Prevenção primária: este método de prevenção evita a ocorrência da doença, no geral, começando desde o período gestacional.

Prevenção secundária: engloba métodos para diagnosticar e tratar enfermidades presentes nos estágios iniciais antes de resultar em morbidade significativa.

Prevenção terciária: utiliza métodos para diminuir o impacto negativo da enfermidade existente, restabelecendo a função e diminuindo complicações.

Prevenção quaternária: utiliza métodos que evitam ou minimizam os resultados de intervenções desnecessárias ou excessivas no sistema de saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Para assegurar resolutividade na redes de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

2.2 CONTRIBUIÇÃO DAS CONFERENCIAS INTERNACINAIS PARA O DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO A SAÚDE

Realizada em 1986 a primeira conferência que aprovaram a carta de Ottawa, documento importante na promoção a saúde e descreve um modelo de conceito amplo da saúde como:

"O mais completo bem-estar físico, mental e sócia determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais".

A definição que permeava a carta de Ottawa descreve que (BRASIL,2001):

> Para atingirmos um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objeto da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidade físicas.

Foi visto que era fundamental a prática da carta para a promoção a saúde. Com a ampliação, desse modo gerou a mobilização de recursos em vários setores de governo para o movimento de ampliação das estratégias de promoção.

Segundo as cartas das conferencias internacionais e a literatura da área técnica, a valorização da saúde como produção social, no enfoque da determinação social da saúde, orienta para a reflexão sobre a equidade social, colocando-a como um principal e objetivo da promoção da saúde (Paim,1994, Raphael,2004).

2.3 A EMERGÊNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO NOVA FORMA DE PENSAR E TRABALHAR A QUESTÃO DA SAÚDE

No final do século XVIII início do século XIX, com o processo de urbanização e industrialização nas grandes cidades da Europa acarretaram na destruição das condições de vida e de trabalho dos seus moradores, ocorrendo assim, um grande aumento no número de epidemias também relacionadas as suas relações sociais.

Com a modernização e os avanços tecnológicos no mundo, construiu e viveu um grande salto científico. As doenças então passaram a ser compreendidas como a relação entre o agente etiológico, alterações fisiológicas e um conjunto de sinais e sintomas.

Segundo (TERRIS,1996):

> [...]entre os que defenderam causas e intervenções gerais é Importante citar Sigerist, historiador da medicina, quando em 1945, definiu quatro funções desta: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação, empregando pela primeira vez o termo "promoção da saúde"

Mudanças importantes continuaram ocorrendo na teoria e na pratica da Saúde Pública, ao mesmo tempo que ocorreram muitas transformações históricas gerais na sociedade. Tudo isso contribuiu para o aumento dos níveis de urbanização.

2.4 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA COMO RESULTADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Segundo (BARROS,2011):

> [...]as primeiras tentativas de conceituar o termo "qualidade de vida" surgem a partir de 384 a.C., quando Aristóteles se refere à associação entre felicidade e bem-estar. O discurso entre a relação entre a saúde e qualidade de vida, tendo como termo de referências as condições de vida, existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, a partir do resultado de pesquisas feitas na época, que deram subsídio a políticas públicas, em especial as relacionadas à saúde do trabalhador, que desde sempre são explorados pelos donos do capital.

Vários grupos do setor da saúde e fora dele continuam se dedicando para conceituar o que seria qualidade de vida partindo de obras literárias.

São estabelecidas como requisitos e condições para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos e comunidades que eles tenham paz, educação de qualidade, moradias com tamanhos adequados e conforto para todos os que residem nela, alimentação necessária para as condições nutricionais, políticas agrárias para a produção de alimentos suficientes para o abastecimento e uma renda adequada que possa suprir os requisitos anteriores.

A qualidade de vida estar relacionada a fatores objetivos, como as condições materiais necessárias a uma sobrevivência em condições de atendimento das necessidades básicas e acesso ao mercado de bem-estar, assim como existe fatores subjetivos, a necessidade de se relacionar com outras pessoas, formar identidades sociais e de sentir-se integrado socialmente e em harmonia com a natureza.

2.5 CRIAÇÃO DE ESPAÇOS SAUDÁVEIS QUE APOEM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como a saúde é produzida socialmente e nós vivemos em diferentes espaços, é desejável que as pessoas que participem do processo Promoção a Saúde revejam suas condições ambientais físicas, o ambiental social e relacional, a condição de vida ao redor das escolas, unidade de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer, das praças e muitas vezes do município como um todo. As intervenções para criar entornos saudáveis podem enfocar vários aspectos, entre os quais as relações sociais e desenvolvimento cultural.

Os projetos têm potencial para serem muito criativos, muitas vezes que atraem pessoas motivadas pelas situações difíceis em que vivem. Muitas dessas intervenções ligadas a essa área estiveram relacionadas a questões ambientais, dadas as carências ainda existentes nos países em desenvolvimento de saneamento básico, habitação e outros.

3 METODOLOGIA

O presente estudo aborda a pesquisa bibliográfica e exploratória. Segundo Gil (2002): "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos". De cunho exploratório que, segundo Gil (2002), têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-los mais explícito ou a construir hipóteses.

Essa pesquisa propôs como objetivo principal mostrar a importância de se promover socialmente a saúde para a prevenção de doenças. Seu planejamento é importante pois possibilita variáveis considerações e aspectos relativos ao fato estudado.

4 CONCLUSÃO

Concluímos que mesmo com vários estudos e o avanço da tecnologia existem vários fatores que podem influenciar na saúde e qualidade de vida.

A qualidade de vida esta relacionada a fatores como as condições materiais necessárias a uma sobrevivência em condições de atendimento das necessidades básicas e acesso ao mercado de bem-estar, assim como existe outros fatores, a necessidade de se relacionar com outras pessoas, formar identidades sociais e de sentir-se integrado socialmente e em harmonia com a natureza.

Assim como paz, educação de qualidade, moradias com tamanhos adequados e conforto para todos os que residem nela, alimentação necessária para as condições nutricionais.

5 REFERÊNCIAS

InfoEscola; **Medicina Preventiva** . Disponível em http://www.infoescola.com/saude/medicina-preventiva/acesso em 25/04/2014.

Significado de promoção a saúde. **Conceito de saúde**. Disponível em http://www.significados.com.br/?s=promover+a+saude/ Acesso em 25/04/2014.

Portal da Saúde. **Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php/ Acesso em 24/04/2014.

ROCHA,A.A.;CESAR,C.L.G.;RIBEIRO,H. **Saúde Pública:** Bases Conceituais**.**2ªed,atheneu.São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte,2013.

ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE SOROPOSITIVA PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)[1]

Mayara Renoke da Silva[2]
Solange Belúcio Tetzner[2]
Sophia Cunha Boldrini[2]
Valquíria Wutke Reetz[2]
Vinicius Alberto Alves Santos[2]
André Mota do Livramento[3]

RESUMO

Pretendemos, em nossas discussões, trazer a tona uma questão que consideramos ser importante: a AIDS infantil e o tratamento/acompanhamento direcionado as crianças e as mães. O nosso estudo tem o objetivo geral de investigar como acontece o acompanhamento de recém-nascido de mãe soropositiva em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de um município do norte do estado do Espírito Santo. Para isso, fizemos pesquisa bibliográfica e realizamos uma entrevista com um enfermeiro que trabalha em um CTA. As seguintes questões serão apresentadas no artigo: abordagem inicial da gestante infectada pelo HIV e do recém-nascido; diagnóstico da Infecção pelo HIV em crianças; quimioprofilaxia antirretroviral em recém-nascido de mãe soropositiva; vacinação de crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV; amamentação em crianças nascidas de mães soropositivas; rotina de acompanhamento e suporte prestado à mãe e ao recém-nascido exposto ao HIV. Esperamos que o artigo permita ao leitor maior familiaridade com o tema proposto e que seja um disparador para pensar a problemática que apresentamos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Recém-nascido. HIV.

ABSTRACT

During our discussions, we intend to bring up an issue we consider important: Infant AIDS and treatment/monitoring targeted the children and their mothers. Our study aims to investigate how goes on the monitoring of newborn with mother HIV positive in a Counseling and Testing Center (ATC) of a municipality in the northern State of Espírito Santo. So it was made a literature research and interview with a nurse working in a CTA. The following issues will be presented in the article: initial approach to HIV infected pregnant women and the newborn; diagnosis of HIV infection in children; antiretroviral quimioprophylaxis in newborn HIV positive mother; vaccination of infants born from HIV seropositive mothers; breastfeeding in children born from HIV positive mothers; routine monitoring and support provided to the mother and newborn exposed to HIV. Hopefully the article will enable the reader more familiar with the theme and it is a trigger to think the problems we present.

KEYWORD: Nursing. Newborn. HIV.

---

[1] Trabalho Acadêmico de Término de Disciplina.

[2] Acadêmicos do 9º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia.

[3] Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professor e Coordenador do Curso de Psicologia da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) infantil foi descrita pela primeira vez em 1982, pelo centro de Controle de Doenças de Atlanta. Os sintomas apresentados pelas crianças eram semelhantes aos observados nos adultos infectados pelo HIV (ARAÚJO, 2009). As crianças contaminadas apresentavam alterações no sistema imunológico, tornando-as mais vulneráveis as infecções e consequentemente aumentando a morbidade – em comparação com crianças não contaminadas.

Um dos fatores responsáveis pelo aumento de casos de crianças infectadas pelo HIV deu-se com o crescimento do índice de mulheres portadoras da AIDS em idade reprodutiva, devido à transmissão vertical do vírus, que pode acontecer durante a gravidez, no parto ou no período puerperal, por meio da amamentação (ORTIGÃO, 1995).

Moreno, Rea e Filipe (2006) apontam que a implementação, em países desenvolvidos, de intervenções para a redução da transmissão vertical do HIV – com a administração de antirretrovirais, a cesariana eletiva e a substituição do leite materno – permitiu a redução significativa de casos de AIDS em crianças. Quando essas medidas não são tomadas, a transmissão do vírus acontece em torno de 20% dos casos, uma taxa considerada alta. Esses autores apontam que no Brasil, embora essas medidas também estejam disponíveis para a população, há dificuldades da rede de saúde prover o diagnóstico da infecção pelo HIV. Como causas dessa realidade, apontam o baixo índice de mulheres testadas no pré-natal e a qualidade do pré-natal, que é visto como aquém do desejável. Estima-se que em menos de 50% dos casos o antirretroviral é administrado às mulheres infectadas pelo HIV (MORENO; REA; FILIPE, 2006).

A redução da mortalidade materno-infantil tem como um de seus componentes a redução das taxas de transmissão vertical pelo HIV e foi incluída em 2006 pelo Ministério da Saúde como prioridade no Pacto pela Saúde. As principais estratégias instituídas pelo Pacto pela Saúde para a redução da transmissão vertical do HIV são: a prevenção da infecção nas mulheres em idade fértil, o conhecimento precoce do estado sorológico e o tratamento adequado. No entanto, o aconselhamento é fundamental tanto no processo de diagnóstico da infecção, como no controle da infecção materna e na prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2010).

Desse modo, o tema proposto viabiliza uma pesquisa para que sejam analisadas e conhecidas as formas de prevenção da transmissão do vírus HIV ao recém-nascido, a abordagem quanto ao diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da criança de mãe soropositiva. Também discutiremos a importância da equipe multidisciplinar nesse processo, o uso adequado de medicamentos antirretrovirais (Zidovudina – AZT) e a substituição do aleitamento materno.

Esse estudo apresentará aos leitores reflexões importantes sobre as formas de prevenção da transmissão do vírus HIV ao recém-nascido, além de destacar a importância do diagnóstico e tratamento precoce da criança infectada, pois entendemos que essas medidas são fundamentais para que a criança tenha uma melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

O estudo tem o objetivo geral de investigar como acontece o acompanhamento de recém-nascido (RN) de mãe soropositiva em um Centro de Testagem e Aconselhamento de um município do norte do estado do Espírito Santo.

Como objetivos específicos, destacamos:

- ✓ Conhecer como acontece o acompanhamento e o diagnóstico de mãe infectada pelo HIV;
- ✓ Compreender as principais dificuldades encontradas pelos profissionais que realizam os atendimentos;
- ✓ Analisar o tratamento oferecido ao usuário de saúde no CTA pesquisado.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Nosso estudo trata-se de uma pesquisa exploratório (GIL, 2002), pois pretendemos com esse trabalho permitir uma maior familiaridade do leitor com o tema proposto.

Para isso, realizamos uma entrevista com um enfermeiro que trabalha em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) localizado em um município no norte do estado do Espírito Santo.

Utilizamos roteiro semiestruturado de entrevista, sendo abordados os seguintes temas: a) abordagem inicial da gestante infectada pelo HIV e do RN; b) diagnóstico da Infecção pelo HIV em crianças; c) quimioprofilaxia antirretroviral em RN de mãe soropositiva; d) vacinação de crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV; e) amamentação em crianças nascidas de mães soropositivas; f) rotina de acompanhamento e suporte prestado à mãe e ao recém-nascido exposto ao HIV.

Os resultados e discussões serão apresentados abaixo, de acordo com os eixos temáticos do roteiro de entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ABORDAGEM INICIAL DA GESTANTE INFECTADA PELO HIV E DO RN

O objetivo da avaliação inicial de uma pessoa recém-diagnosticada com a infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação profissional da saúde e paciente para uma melhor adesão ao tratamento. Para isso, destacamos a necessidade de uma comunicação precisa e adequada, de modo que o usuário consiga compreender o que se passa com ele. Esclarecer todas as dúvidas do paciente e/ou familiar e apontar os objetivos das intervenções é fundamental para a sequência do tratamento (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) elencou alguns itens que servem como roteiro para orientar a abordagem inicial da gestante infectada pelo HIV, que seguem listados abaixo:

> - Avaliar o nível de conhecimento da gestante sobre a doença e fornecer informações acessíveis, enfatizando a importância da abordagem ao parceiro;
> - Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de manifestações oportunistas;
> - Avaliar a necessidade de indicar imunizações e de iniciar profilaxia de infecções oportunistas;
> - Identificar outras necessidades, incluindo cuidados de saúde mental, quando necessário;
> - Explicar o significado da infecção pelo HIV e sua evolução, esclarecendo a usuária sobre o risco de transmissão vertical e enfatizando a elevada eficácia das medidas de prevenção da transmissão vertical;
> - Ressaltar o impacto favorável da terapia antirretroviral (TARV) na qualidade de vida e na sobrevida, particularmente para gestantes com necessidade de tratamento antirretroviral;

> - Abordar métodos de prevenção da transmissão sexual do HIV e outras DST de forma compreensível, incluindo aspectos relacionados às parcerias sexuais, reforçando o uso sistemático de preservativos;
> - Destacar a importância da testagem do(s) parceiro(s) e da prole, quando pertinente;
> - Realizar exame clínico e exame obstétrico, bem como solicitar os exames de avaliação laboratorial inicial;
> - Realizar exame ginecológico completo com coleta de citologia oncológica, mensuração de pH vaginal e realização do teste das aminas (Whiff);
> - Iniciar a discussão sobre a história de vida do paciente, suas expectativas e medos;
> - Abordar o uso de álcool e outras drogas, no contexto da gestação e da prevenção da transmissão do HIV;
> - Avaliar o uso de medicamentos em geral;
> - Avaliar a necessidade de apoio social;
> - Investigar história anterior de prematuridade, parto gemelar, diabetes gestacional, hipertensão arterial sistêmica e pré-eclâmpsia (BRASIL, 2010, p. 39-40).

As Unidades Básicas de Saúde, o Programa Saúde da Família e os Centros de Testagem e Aconselhamento são os serviços considerados como porta de entrada do Sistema Único de Saúde para o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2007).

Para a gestante que já teve o seu diagnóstico de portadora de HIV realizado antes da gravidez, esta deverá ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de Referência (CTA) desde o início da gestação (BRASIL, 2007).

A puérpera que não sabia ser portadora de HIV e teve seu diagnóstico realizado na maternidade através de testagem rápida durante o trabalho de parto deve passar por um aconselhamento pós-teste minucioso, considerando-se a situação pouco favorável da realização e do oferecimento do teste durante o trabalho de parto (BRASIL, 2007). Assim, destacamos a importância de uma boa comunicação e do acolhimento do profissional da saúde com a gestante e também com familiares, para que os danos emocionais sejam minimizados.

Percebemos, por meio das pesquisas realizadas e da entrevista com a enfermeira do CTA, que o acompanhamento a gestante portadora do HIV até o puerpério e da criança recém-nascida é um direito previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando a mulher grávida já sabe que é portadora do vírus ou quando a descoberta acontece durante a gestação, o acompanhamento e tratamento são iniciados em sua unidade de referência e continua no pós-parto, junto com a criança recém-nascida.

Quando a gestante é diagnosticada com o HIV durante o parto, o hospital maternidade é responsável pela notificação e encaminhamento para o centro de referência, devendo a consulta ser agendada, segundo a entrevistada, para o período máximo de 15 dias. Quando não há o comparecimento da puérpera, acontece a busca ativa, dado o risco que a criança recém-nascida está exposta.

Um aspecto importante relatado pela enfermeira entrevistada é que a mulher que descobre ser soropositiva durante o parto apresenta resistência em procurar o primeiro atendimento, devido o medo que sente do companheiro/esposo. Apontamos essa questão como um aspecto importante a ser investigado em estudos futuros, dada a complexidade de fatores que podem estar associados a essa realidade social.

4.2 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS

Até os 18 meses o exame de sorologia anti-HIV da criança nascida de mãe soropositiva pode resultar positivo, pois até essa idade ela tem em seu sangue os anticorpos da mãe contra o vírus (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde estabelece como critério para diagnosticar a criança com AIDS que o resultado seja positivo em duas amostras testadas pelos seguintes métodos: cultivo de vírus; quantificação de RNA viral plasmático; detecção do DNA pró-viral ou; antigenemia p24 após dissociação ácida de imunocomplexos. Esses testes deverão ser realizados após duas semanas de vida (BRASIL, 2004).

Em crianças com idade igual ou superior a 18 meses, o diagnóstico será confirmado por meio de dois resultados reagentes em duas amostras de sangue coletadas em momentos diferentes, para realização de testes sorológicos de triagem para detecção de HIV-1 e HIV-2, e pelo menos um teste confirmatório (BRASIL, 2004). Segundo a entrevistada, as crianças com menos de 18 meses que são filhas de mães infectadas, geralmente apresentam resultado positivo, dado o fato de ter anticorpos anti-HIV da mãe. Isso nos alerta para a importância do cuidado com o diagnóstico e no acompanhamento dessa criança.

Alguns critérios para a exclusão da infecção pelo HIV em crianças também são elencados pelo Ministério da Saúde[4], entretanto, não são aplicados às crianças que são amamentadas por mãe HIV-positiva, visto que a amamentação, em qualquer período, é considerada como nova exposição ao HIV. Para estas crianças, deve haver uma nova rotina diagnóstica (BRASIL, 2004).

No que se refere ao diagnóstico, constatou-se na entrevista que quando a mãe é identificada com HIV no parto, ela e o bebê são submetidos ao tratamento antirretroviral na maternidade e posteriormente são encaminhados ao CTA de referência onde realizarão o diagnóstico mais preciso. Caso seja confirmada a infecção, o tratamento será continuado.

4.3 QUIMIOPROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL EM RN DE MÃE SOROPOSITIVA

É recomendado que os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV recebam solução oral de AZT imediatamente após o nascimento, nas duas primeiras horas, mesmo que suas mães não tenham recebido antirretrovirais durante a gestação e/ou parto. Essa medicação também deverá ser mantida durante as seis primeiras semanas de vida (BRASIL, 2009).

Segundo a nossa entrevistada, os recém-nascidos de mães infectadas já chegam ao CTA fazendo o uso do antirretroviral (AZT) prescrito na maternidade e continuam por 42 dias. Após esse período, é feita a substituição do medicamento por um antibiótico de uso profilático para evitar doenças oportunistas.

4.4 VACINAÇÃO **DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA O HIV**

Crianças infectadas pelo HIV são mais suscetíveis a algumas infecções, como a tuberculose e hepatite B, portanto, as vacinas contra a tuberculose (BCG-ID) e contra o vírus da hepatite B devem ser dadas logo após o nascimento.

[4] Por exemplo, a criança será considerada provavelmente não infectada caso tenha até 18 meses, duas amostras negativas, por meio dos métodos de cultivo do vírus e detecção de RNA ou DNA viral.

A definição do diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre ao longo do primeiro ano de vida. As crianças com exposição vertical ao HIV devem seguir um calendário de imunizações que inclui as vacinas de rotina, com algumas modificações, e vacinas especiais indicadas para pacientes com imunodepressão (BRASIL, 2004).

Para os bebês com menos de um ano de idade, com suspeita clínica de infecção pelo HIV ou que tenham o diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV, recomenda-se não prescrever a vacina Sabin contra a poliomielite. A alternativa é a Salk (elaborada com vírus inativado), que pode ser encontrada em Centros de Referência Imunobiológicos Especiais (CRIE) (BRASIL, 2004).

Conforme apresentado acima, há a necessidade de vacinas específicas para crianças nascidas de mãe soropositiva. Embora essas vacinas sejam disponibilizadas pelo SUS, a entrevistada nos informou que no CTA onde ela trabalha a vacinação adequada é dificultada, devido à burocracia para se conseguir esses medicamentos, fato que faz com que haja uma demora significativa no recebimento das vacinas especiais do CRIE.

4.5 AMAMENTAÇÃO EM **CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA O HIV**

O organismo do recém-nascido está apto para digerir o leite materno e absorver todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento. Entretanto, quando a alimentação é deficiente, principalmente nos dois primeiros anos de vida, o desenvolvimento da criança é comprometido – em maior grau o sistema nervoso, seguido do sistema osteomuscular. A má nutrição no início da vida pode deixar danos irreversíveis no atraso do desenvolvimento e na redução do potencial de crescimento. Essa deficiência nutricional quando associada a precárias condições de higiene favorece o aparecimento de enfermidades devido à deficiência do sistema imunológico da criança (CARVALHO, 2010).

Após o nascimento da criança a mãe infectada pelo HIV não deve amamentar seu filho, pois o vírus está presente no leite materno. Se a mulher e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, podem ser encaminhados para alojamento conjunto. Consequentemente, deverá ser assegurado o fornecimento contínuo de fórmula láctea no mínimo por 12 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Vinhas et al. (2004) apontam que cerca de 15% dos bebês que são amamentados por mãe infectada pelo HIV correm o risco da contaminação, sendo que a probabilidade aumenta quanto mais recente for a infecção da mãe.

> A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (65%) ocorre na hora do parto, com a minoria dos casos representativos por transmissão placentária ou ainda um risco médio de 15% por aleitamento materno. Desse modo, formalmente está contra indicado a lactação por parte de mulheres HIV positivo (BRASIL *apud* VINHAS, et al., 2004, p. 22).

Quando questionada sobre a amamentação em filhos de mães soropositivas a entrevistada informou que não tem dificuldades, pois as mães são bem orientadas durante o pré-natal e já chegam sabendo que não vão poder amamentar seus filhos. Elas recebem gratuitamente fórmula láctea infantil, ideal para o crescimento e desenvolvimento da criança até um ano de idade.

4.6 ROTINA DE ACOMPANHAMENTO E SUPORTE PRESTADO A MÃE E AO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV.

A integralidade da atenção prestada pelas unidades básicas de saúde e pelos serviços especializados devem incluir ações de promoção à saúde, prevenção e assistência, para que possa assim garantir o acesso ao aconselhamento, a abordagem clínico-diagnóstica, os cuidados de enfermagem, o apoio emocional e o suporte social. Devem-se incorporar ações, para os indivíduos afetados e seus familiares, que promovam a inserção social, além de assegurar a eles um tratamento eficaz e seguro, que assegure uma melhor qualidade de vida ao paciente (BRASIL, 2006).

Sobre o acompanhamento ao RN, deve ser mensal no primeiro semestre de vida e pelo menos bimestral nos seis meses subsequentes, devendo, nas consultas, ser registrado o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico (BRASIL, 2009). Esses cuidados são necessários, visto que nos primeiros meses de vida a criança pode apresentar algumas dificuldades, como a de ganhar peso.

Nos dois primeiros anos de vida o cuidado com as crianças também é fundamental, visto que "as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos" (BRASIL, 2009, p. 20).

O acompanhamento multidisciplinar foi apontado pela enfermeira entrevistada. Segundo ela, no CTA a criança e a mãe são acompanhadas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico e dentista. Além desses profissionais, caso surja alguma demanda específica, profissionais de outras especialidades são convocados pelo Programa DST/AIDS. A enfermeira ainda apontou que pais e filhos tem acompanhamento mensal. São orientados quanto aos cuidados e a importância do uso do medicamento.

Em casos de crianças em que o vírus é negativado, após realização de testes específicos, há a liberação desses pacientes, sendo mantida apenas a rotina de atenção primária. Para crianças em que o resultado positivo é confirmado, o acompanhamento continua mensalmente, sendo mantido também o tratamento medicamentoso adequado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho, de cunho exploratório, que teve como objetivo investigar como acontece o acompanhamento de recém-nascido de mãe soropositiva em um CTA permitiu-nos um pouco mais de familiarização com o tema proposto.

Pretendemos, em nossas discussões, trazer a tona uma questão que consideramos ser importante: a AIDS infantil e o tratamento/acompanhamento direcionado as crianças e as mães.

Foi possível conhecer como se dá a abordagem inicial de gestante diagnosticada com o HIV, bem como o diagnóstico do recém-nascido. Sabemos que essa questão merece ser melhor analisada, dada as implicações culturais, sociais e subjetivas que perpassam a vida das pessoas. Nesse artigo, apenas apresentamos alguns procedimentos básicos da abordagem inicial e do diagnóstico de mães e crianças com HIV, mas sabemos que os cuidados que os profissionais de saúde devem ter com essa população exige um compromisso ético para o sucesso do tratamento.

O tratamento medicamentoso também foi por nós apresentado. Destacamos, porém, a importância dos serviços públicos de saúde estar bem amparados quanto aos recursos para o bom andamento do tratamento. Vimos, pela fala da entrevistada, que devido à burocracia alguns medicamentos necessários ao tratamento da criança recém-nascida de mãe infectada pelo HIV demoram a chegar ao

CTA, fato que pode comprometer o sucesso da intervenção. Pensar esse sucesso é pensar a vida da criança, mais do que isso, a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Também discutimos os cuidados que a mãe infectada deve ter com o filho, focando principalmente na amamentação, e apontamos a importância do acompanhamento contínuo das mães e crianças com o HIV. Para isso, destacamos a importância de equipes multiprofissionais, de modo que seja possível o acompanhamento integral das pessoas, ou seja, o acompanhamento biopsicossocial, como preconizado pelo SUS.

Pretendemos que esse artigo seja apenas um disparador para pensarmos a problemática que apresentamos. Consideramos ser fundamental que os profissionais e estudantes da saúde pensem o cotidiano e a realidade social que envolve a sua prática e que compõe a vida das pessoas que fazem uso dos serviços de saúde. A análise crítica dessa realidade e da nossa implicação enquanto profissionais exige um esforço contínuo em (re)pensarmos as questões que se atualizam em nossa vida e no trabalho.

6 REFERENCIAS

ARAÚJO, M. C. A. **Avaliação laboratorial e farmacoterapêutica de crianças infectadas por vírus HIV-1 em um hospital de referência do estado do Ceará**. 2009. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Plano operacional, redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Programa nacional de DST e AIDS: **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, M. R. **Amamentação**: Bases Científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2002.

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, v. 2, p. 199-208, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30917.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

ORTIGÃO, M. B. Aids em crianças: Considerações sobre a transmissão vertical. **Cad Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 142-148, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n1/v11n1a13.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

VINHAS, D. C. S.; REZENDE, L. P. R.; MARTINS, C. A.; OLIVEIRA, J. P.; HUBNER-CAMPOS, R. F. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p. 16-24, 2004. Disponível em <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/803/914>Acesso em: 11 nov.2013.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE[1]

Jardel Mariano Martins da Silva[2]

Marianny Patrícia Soares Moreira[2]

Thácio Miguel Venturin da Silva[2]

RESUMO

Diante do tema apresentado saúde coletiva, estudamos o papel do enfermeiro no tratamento da hanseníase. O trabalho avalia o papel do enfermeiro no tratamento da hanseníase e identifica o perfil dos doentes de hanseníase, lista os tipos de hanseníase e avalia as dificuldades sofridas pelo doente durante o seu tratamento. Trata-se de uma pesquisa com o tema Saúde Coletiva, por referências bibliográficas, exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, com coleta de dados secundários, direcionado a amostra que compreende os enfermeiros listados nas referências pesquisadas. Concluímos que é de extrema necessidade a atuação do enfermeiro no tratamento da Hanseníase, pois é ele quem identifica as principais necessidades físicas, mentais e sociais do cliente em tratamento, trabalhando com a prevenção de possíveis agravos da doença, principalmente as incapacidades físicas nas formas mais graves, o preconceito e também com a educação em saúde destes clientes e familiares.

PALAVRAS CHAVE: Enfermeiro. Hanseníase. Tratamento.

ABSTRACT

Given the public health issue presented, we studied the role of the nurse in the treatment of leprosy. This paper assesses the role of the nurse in the treatment of leprosy and identifies the profile of leprosy patients, lists the types of leprosy and assesses the difficulties experienced by the patient during treatment. This is a survey of the theme Public Health, for references, exploratory, with quantitative and qualitative approach, with secondary data collection, targeted to sample comprising nurses surveyed listed in references. Conclude that it is of extreme necessity the work of nurses in the treatment of leprosy, it is he who identifies the main physical, mental and social needs of the client in treatment, working with the prevention of possible hazards of the disease, particularly physical disabilities in more ways serious prejudice and also with the health education of these clients and family.

KEYWORDS: Nurse. Leprosy. Treatment.

---

[1] Artigo de Iniciação Cientifica de Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem – MULTIVIX-Nova Venécia.

[2] Acadêmicos do 6º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX – Nova Venécia

1 - INTRODUÇÃO

Diante do tema apresentado saúde coletiva, estudamos o papel do enfermeiro no tratamento da hanseníase, abrangendo todos os tipos da doença e as forma de tratamento da mesma, tratando também das precauções que podem ser tomadas para a prevenção da Hanseníase.

A hanseníase é uma doença crônica, granulomatosa, causada por um micro-organismo que acomete os nervos periféricos, que se apresentam através de manchas com perda de sensibilidade. Quando não tratada pode acometer seriamente a saúde do doente (BRASIL, 2010).

O enfermeiro é o profissional ligado à população, o mesmo e responsável por diversos aspectos do tratamento da doença.

A pesquisa se justifica, pela extrema importância, de termos o real conhecimento das dificuldades sofridas pelos doentes e para reconhecer o valoroso papel que o profissional enfermeiro realiza para que o tratamento do paciente seja feito de forma satisfatória.

Temos como objetivos específicos: identificar o perfil dos doentes de hanseníase; listar os tipos de hanseníase; avaliar as dificuldades sofridas pelo doente durante o seu tratamento.

O enfermeiro possui um papel fundamental no tratamento da hanseníase, pois o mesmo esta em contato direto com a população em relação aos programas de atenção primária e aos centros de atendimento aos portadores da hanseníase. Portanto, facilitando o tratamento da mesma e tendo contudo, o principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, causada pelo Mycobacterium Leprae, uma bactéria que compromete principalmente a pele e os nervos periféricos, causando manchas onde há a perda de pelos e da sensibilidade (BRASIL, 2008).

A hanseníase é uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura (BRASIL, 2010).

Esta bactéria tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, porém são poucos os que adoecem (BRASIL, 2010).

O Mycobacterium Leprae é uma bactéria intracelular obrigatória que possui tropismo neural, o qual é responsável por seu grande potencial incapacitante, que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades nos olhos, nas mãos e nos pés (BRASIL, 2008).

A Hanseníase é uma doença que vem da antiguidade, sendo relata em diversos livros, até mesmo na bíblia. Por não existir um tratamento, a hanseníase comprometia o doente de tal forma que o mesmo era levado para fora da cidade, para ficar isolado e morrer.

A neuropatia periférica, mesmo sem lesões motoras, acarreta com frequência a perda da sensibilidade superficial, ficando a pessoa privada de um dos mecanismos de defesa mais eficientes, que é a capacidade de sentir dor (BRASIL, 2008, p. 9).

Essa proteção fica diminuída pela grande frequência de comprometimento ocular, por ação direta do bacilo de Hansen (mycobacterium leprae), ou por processo inflamatório reacional (BRASIL, 2008, p. 9).

A hanseníase se divide em tipos diferentes, de acordo com o número e o tipo das lesões que o indivíduo apresenta.

2.2 TIPOS

A hanseníase pode ser divida em quatro tipos, que variam dependendo o seu grau de risco e contagiosidade e são eles: Indeterminada, Tuberculóide, Virchowiana e Dimorfa.

2.2.1 Indeterminada

É quando a doença não assume uma forma clínica específica, onde ocorre uma mácula hipocrômica, podendo chegar até a 6 lesões. Inicialmente a hanseníase indeterminada caracteriza-se por formigamento mas evolui para a anestesia (COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. T, 2000).

Esta forma apresenta a seguinte clínica: Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos (BRASIL, 2009).

2.2.2 Tuberculóide

Este tipo representa o pólo benigno da doença, na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e intenso. (BRASIL, 2009).

Esta forma apresenta a seguinte clínica: Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos. (BRASIL, 2009)

2.2.3 Virchowiana

É a forma maligna e altamente contagiante da Hanseníase, apresenta lesões graves podendo alcançar as vísceras (COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. T, 2000).

Esta forma não se transforma em outro tipo de hanseníase, mesmo sendo uma forma altamente contagiosa, sua transmissão depende da exposição íntima e prolongada com o doente (COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. T, 2000).

Apresenta a seguinte clínica: Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade (BRASIL, 2009).

2.2.4 Dimorfa

Trata-se de um tipo instável de hanseníase, apresentando bacilos em alta concentração pelo componente virchowiano e de infiltrado ambíguo, que por possuir linfócitos, não aparenta ser um granuloma (COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. T, 2000).

Esta forma apresenta a seguinte clínica: Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade (BRASIL, 2009).

2.3 TRATAMENTO

O tratamento dos pacientes deve ser em regime ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde é administrado uma associação de medicamentos (poliquimioterapia) que mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas (BRASIL, 2010).

Esta poliquimioterapia é administrada de forma padrão de acordo com a classificação do doente em Paucibacilar e Multibacilar (BRASIL, 2010).

Em doentes paucibacilares, doentes que possuem menos de cinco lesões pelo corpo) a terapia adotada é realizada através dos seguintes medicamentos: Rifampicina e dapsona; Já em doentes multibacilares (doentes que possuem seis ou mais lesões pelo corpo) os medicamentos administrados são a Rifampicina, Dapsona e Clofazimina (BRASIL, 2010).

2.3.1 Paucibacilares

As doses medicamentosas nestes tipos de doentes, irão variar entre adultos e crianças. A terapia dura 6 doses, ou seja, 6 meses.

2.3.1.1 Crianças

Em crianças, é administrada em dose mensal supervisionada 2 cápsulas de rifampicina sendo: 1 cápsula de 300mg e 1 cápsula de 150mg. É também administrado em dose supervisionada a Dapsona (1 comprimido de 50mg), o qual é o mesmo medicamento em que o paciente deverá tomar diariamente por conta própria até retornar a unidade de saúde (BRASIL, 2010).

2.3.1.2 Adultos

Em adultos, é administrada em dose mensal supervisionada 2 cápsulas de rifampicina sendo: 2 cápsulas de 300mg. É também administrada em dose supervisionada a dapsona 100mg, o qual é o mesmo medicamento que o doente deverá tomar diariamente por conta própria até retornar a unidade de saúde (BRASIL, 2010).

2.3.2 Multibacilares

Assim como na paucibacilar, esta forma possui diferenças medicamentosas entre adultos e crianças, além de um novo medicamento que é usado na terapia, a clofazimina. A terapia dura 12 doses, ou seja, 12 meses.

2.3.2.1 Crianças

Em crianças, é administrada em dose mensal supervisionada: 450mg de rifampicina, sendo 1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300mg; 1 comprimido de 50mg de dapsona; e 150mg de clofazimina, sendo 3 cápsulas de 50mg.(BRASIL, 2010).

Além das doses supervisionadas, o doente deverá autoadministrar diariamente 1 comprimido de 50mg de dapsona. E em dias alternados o doente deverá tomar 1 cápsula de 50mg de clofazimina (BRASIL, 2010).

2.3.2.2 Adultos

Em adultos, é administrada em dose mensal supervisionada: 600mg de rifampicina, sendo 2 cápsulas de 300mg; 1 comprimido de dapsona 100mg; 300mg de clofazimina, sendo 3 cápsulas de 100mg (BRASIL, 2010).

Além das doses supervisionadas, o doentre deverá autoadministrar diariamente 1 comprimido de 100mg de dapsona e 1 cápsula de 50mg de clofazimina. (BRASIL, 2010)

3 METODOLOGIA

É sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Com relação às pesquisas, é usual a classificação com base em seus objetivos gerais. Deste modo, o tipo de pesquisa do trabalho é a exploratória.

Neste sentido Andrade (2001, p.174) informa:

> Pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho científico. São finalidades da pesquisa exploratória, proporcionar informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Através das pesquisas exploratórias avalia-se a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa sobre determinado assunto.

Já na concepção de Cervo e Bervian (2002, p. 69) “A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma”.

A utilização da pesquisa exploratória justifica-se, pois, pode-se obter dentro de suas finalidades, maiores informações facilitando, definindo e formulando respostas para a hipótese que foi apresentada.

Para obter informações e conhecimentos precisos na coleta dos dados, é utilizada como técnica a pesquisa bibliográfica.

Segundo Gil (2002, p. 44) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documento”.

Justifica-se a utilização da pesquisa bibliográfica pela necessidade de se entender conceitos relativos à área em estudo, e também pela importância que essas fontes de pesquisas possuem para o embasamento e aprofundamento do tema estudado.

Para a realização do projeto é necessário pesquisas, que orientem no embasamento do trabalho, baseando-se em preceitos teóricos existentes sobre o tema proposto.

Portanto, devem-se definir as fontes utilizadas podendo assim favorecer o melhor entendimento e a busca de melhor desenvolvimento das informações, que se resulta em dados para as pesquisas. No que cerne o presente projeto utiliza fontes secundárias.

Andrade (2001, p. 43) corrobora dizendo que as fontes secundárias tem como referências determinadas fontes primárias, ou seja, “são constituídas pela literatura originadas de determinadas fontes primárias e assim constituem-se em fontes de pesquisas bibliográficas”.

A amostra compreende os enfermeiros que trabalham na área da hanseníase.

4 CONCLUSÃO

A Hanseníase e uma doença infecciosa crônica de grande importância para a saúde publica devido á sua magnitude e seu alto poder incapacitante, e por ter a capacidade de afetar grande número de

indivíduos, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. Concluímos que é de extrema necessidade a atuação do enfermeiro no tratamento da Hanseníase, pois é ele quem identifica as principais necessidades físicas, mentais e sociais do cliente em tratamento, trabalhando com a prevenção de possíveis agravos da doença, principalmente as incapacidades físicas nas formas mais graves, combate ao preconceito e também com a educação em saúde destes clientes e familiares.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitarias:** Guia de Bolso: 8 ed. Brasilia, DF: Imprensa Oficial, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_hanseniase.pdf>**.** Acesso em: 23 Set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase.** 2 ed. Brasilia, DF: Qualidade, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase**. 2 ed. Brasilia, DF: Qualidade, 2008.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. T. **Patologia Estrutural e Funcional**. 2 ed. 2000. Disponível em: <http://estudmed.com.sapo.pt/patologia/hanseniase.htm>. Acesso em: 23 Set. 2013.

GIL, Antônio Carlos**. Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA UNIVERSO DA ENFERMAGEM

Apresentação

A revista Universo da Enfermagem publica trabalhos técnicos culturais, científicos e/ou acadêmicos, nas áreas ligadas aos cursos oferecidos de graduação, desde que atenda aos objetivos da Instituição. Admite-se, de preferência, autor pertencente à Faculdade, sem limitar, contudo, as contribuições e intercâmbios externos, julgados pelo Conselho Editorial, de valor para a Revista e, sobretudo, para a sociedade brasileira.

Normas de Publicação

Os originais entregues para publicação deverão ser assinados pelo autor e seguir as seguintes normas:

1 Texto

1.1 Os trabalhos devem ser inéditos e submetidos ao Conselho Editorial, para a avaliação e revista de pelo menos, dois de seus membros, cabendo-lhe o direito de publicá-lo ou não;

1.2 O texto deve ser apresentado em formato A4 (210x297mm);

1.3 Os trabalhos e artigos não devem ultrapassar o total de vinte laudas, em espaçamento normal; resumos de dissertação e monografia, duas laudas e resenhas e/ou relatos, não devem ultrapassar quatro laudas;

1.4 O texto deve ser entregue em CD e impresso, sendo composto no editor de texto Word for Windows, com fonte Time New Roman 12;

1.5 O trabalho deve apresentar obrigatoriamente:
- Título;
- Nome(s) do(s) autor(es)
- Breve currículo do(s) autor(es), enfocando as atividades mais condizentes com o tema trabalhado;
- Resumo;
- Abstract;
- Introdução;
- Corpo do trabalho;
- Resultado e/ou conclusões;
- Referências bibliográficas.

2 Referências Bibliográficas

As referências bibliográficas deverão ser listadas imediatamente após texto, em ordem alfabética, obedecendo Normas Técnicas.

3 Citações

Qualquer citação no texto deverá ter obrigatoriamente identificação completa da fonte, acrescida da (s) página (s) de onde foi retirada a citação.

Pede-se aos autores

 Seguir rigorosamente o Manual de Normas Técnicas da UNIVEN, que se encontra à disposição de todos na Biblioteca e na intranet do site da Instituição;

 Linguagem condizente como produção científica, evitando abreviações, jargões e neologismos desnecessários;

 Objetividade quanto à construção do título do artigo;

 Apresentação do significado de cada sigla que consta no texto na primeira vez em que ocorre.

Considerações Finais

Os artigos são de inteira responsabilidade de seus autores e o Conselho de Editoração não se responsabilizará pelas opiniões expressadas nos artigos assinados